

Medikamentenspiegel B

| |
|---------------|
| Familien-Name |
| Vorname |
| Geburtsdatum |

| |
|-------------------|
| Einsender-Stempel |
|-------------------|

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen oder Patienten-Etikett

| x | Substanz | Material | Medikament | Dosis mg/Tag | Dosis- Schema | Befund | Therapeutischer Bereich |
|---|-------------------------|----------|--|-----------------|------------------|--------|---|
| | Bromazepam | S/P | <input type="checkbox"/> Lexotanil® <input type="checkbox"/> andere | | | | 50 – 200 ng/ml |
| | Brivaracetam | S | <input type="checkbox"/> Briviact® <input type="checkbox"/> andere | | | | bei 2 x 50 mg/d 0,50 - 0,90 µg/ml |
| | Bupropion | S/P ❄ | Wellbutrin® | | | | --- |
| | Hydroxybupropion | | Metabolit | --- | --- | | 850 – 1500 ng/ml |
| | OH-B/B-Ratio | | --- | --- | --- | | 11,2 – 21,0 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Bestimmung und das entsprechende Medikament an.
 S = Serum, P = Plasma Bitte keine Gel-Röhrchen verwenden.

❄ = Versand muss gefroren verfolgen

Blutabnahme immer vor der nächsten Medikamentengabe: Talspiegel!

Bitte geben Sie folgende Daten an:

| | | |
|------------------------------------|--|-----------------------|
| Körpergewicht | | kg |
| Letzte Medikamenteneinnahme | | Datum, Uhrzeit |
| Zeitpunkt der Blutabnahme | | Datum, Uhrzeit |

Danke!

Bei IT-Notorganisation: Befund bitte an folgende FAX-Nummer: