

Medikamentenspiegel D

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
	Desipramin	S/P	<input type="checkbox"/> Pertofran®				100 – 300 ng/ml
	Diazepam	S/P	<input type="checkbox"/> Gewacalm® <input type="checkbox"/> Psychopax® <input type="checkbox"/> andere				---
	Nordiazepam		Metabolit	---	---		---
	Oxazepam		Metabolit	---	---		---
	Temazepam		Metabolit	---	---		---
	Summe (Diazepam + Meta.)		---	---	---		100 – 2500 ng/ml
	Doxepin	S/P	<input type="checkbox"/> Doxepin® <input type="checkbox"/> Sinequan®				---
	Nordoxepin		Metabolit	---	---		---
	Summe (Dox+Nor)		---	---	---		50 – 150 ng/ml
	ND/D-Ratio		---	---	---		0,60 - 1,60
	Duloxetin	S/P	<input type="checkbox"/> Cymbalta® <input type="checkbox"/> Yentreve® <input type="checkbox"/> andere				30 – 120 ng/ml

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

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: