

## Medikamentenspiegel L

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
	<b>Lacosamid</b>	S	Vimpat®				<b>1,0 – 10,0 µg/mL</b>
	<b>Lamotrigin</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Lamictal® <input type="checkbox"/> Gerolamic®				<b>3 – 15 µg/mL</b>
	<b>Levetiracetam</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Keppra® <input type="checkbox"/> Levebon® <input type="checkbox"/> Matever® <input type="checkbox"/> Eprilexan®				<b>10 – 40 µg/mL</b>
	<b>Levo- mepromazin</b>	S/P	Nozinan®				<b>30 – 160 ng/mL</b>
	<b>Lithium</b>	S	<input type="checkbox"/> Quilonorm® <input type="checkbox"/> Neurolepsin® <input type="checkbox"/> andere				<b>0,5 – 1,2 mmol/L</b>
	<b>Lorazepam</b>	S/P	<input type="checkbox"/> Temesta® <input type="checkbox"/> andere				<b>30 – 100 ng/mL</b>

- 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		<b>kg</b>
Letzte Medikamenteneinnahme		Datum, Uhrzeit
Zeitpunkt der Blutabnahme		Datum, Uhrzeit

**Danke!**

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