INSTITUT FÜR PHARMAKOLOGIE
Labor für Arzneimittelbestimmungen und Harnanalysen
Prof. M. Freissmuth, Sattlecker, Böhler, Mitra
1090 WIEN, WÄHRINGER STRASSE 13a
Tel.: +431 40160/31377
Mailbox-Adresse: ME848072

ZENTRUM FÜR PHYSIOLOGIE
UND PHARMAKOLOGIE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN
Institut für Pharmakologie

Aktuelle Formulare, Preisliste und weitere Informationen unter:
https://physiologie-pharmakologie.meduniwien.ac.at/unsere-einrichtungen/institut-fuer-pharmakologie/arzneimittelbestimmung/

Klinik/ Labor/ Arzt:	**Abt.:**
Behand. Arzt:	Tel.Nr.: ..... Klappe: .....
Mailbox-Adresse zur Befundübermittlung:.....	

Patientendaten:

Zuname:		**Vorname:**
Geburtsdatum:	**SV-Nr:**	**Aufnahmezahl:**

Für **ambulante Patienten** bitte einen Laborzuweisungsschein zur Verrechnung mit den Krankenkassen beilegen!
Die **Rechnungslegung** erfolgt am Ende des Folgemonats!

Therapieangaben:	☐ Compliancekontrolle	☐ Anzeichen auf Intoxikation
	☐ Verdacht auf Unterdosierung	☐ Verdacht auf Arzneimittelinteraktion
Zeitpunkt der letzten Einnahme:	Datum:...../...../.....	.....Uhr .....Minuten
Zeitpunkt der Blutabnahme (**Trogwert**):	Datum:...../...../.....	.....Uhr .....Minuten
Dosierung: ..... mg pro Tag	oder	.....mg...../...../.....

Mindestens 1 mL EDTA-Plasma oder Serum zentrifugiert pro zu bestimmende Substanz einsenden! Bitte kein Vollblut! (Geltrennröhrchen nach Möglichkeit (s.u.), keine Röhrchen mit Alufolie-„Verschluss“)

ANTIEPILEPTIKA: Bitte ankreuzen: ☐ Mono- ☐ Zusatz-						
☐	CARBAMAZEPIN + Metab.	z.B: Neurotop ®		☐	***PERAMPANEL***	Fycompa ®
☐	***CENOBAMAT*** **KEIN GELTRENNRÖHRCHEN!**	Ontozry ®		☐	PHENOBARBITAL	Mysoline ®
☐	***CLOBAZAM***	z.B. Frisium ®		☐	***PREGABALIN***	z.B. Lyrica ®
☐	***ETHOSUXIMID***	Pentinimid ®		☐	PRIMIDON + Metab.	z.B. Mysoline ®
☐	FELBAMAT	Taloxa ®		☐	***RUFINAMID***	Inovelon ®
☐	GABAPENTIN	z.B. Neurontin ®		☐	SULTIAM	Ospolot ®
☐	***LACOSAMID***	Vimpat ®		☐	TOPIRAMAT	Topamax ®
☐	LAMOTRIGIN	z.B. Lamictal ®		☐	VALPROINSÄURE	z.B. Convulex ®
☐	LEVETIRACETAM	z.B. Keppra ®		☐	VIGABATRIN	Sabril ®
☐	OXCARBAZEPIN	Trileptal ®		☐	ZONISAMID	Zonegran ®

ANTIARRHYTHMIKA: Bitte ankreuzen:						
☐	AMIODARON + Metabolit **KEIN GELTRENNRÖHRCHEN!**	Sedacoron ®		☐	PROPAFENON	Rytmonorma ®
☐	***FLECAINID***	Aristocor ®		☐	SOTALOL	Sotacor ®

* Keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen.