



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:
Faxnummer zur Befundübermittlung:.....	

<u>Patientendaten:</u>	
Zuname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Aufnahmezahl:

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

<u>Therapieangaben:</u>	<input type="checkbox"/> Compliancekontrolle	<input type="checkbox"/> Anzeichen auf Intoxikation
	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Unterdosierung	<input type="checkbox"/> Verdacht auf Arzneimittelinteraktion
Zeitpunkt der letzten Einnahme:UhrMinuten	
Zeitpunkt der Blutabnahme (Trogwert):	Datum:...../...../.....UhrMinuten
Dosierung:	mg pro Tag	odermg...../...../.....

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“)

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

ANTIARRHYTHMIKA: Bitte ankreuzen:					
<input type="checkbox"/>	AMIODARON + Metabolit KEIN GELTRENNRÖHRCHEN!	Sedacoron ®	<input type="checkbox"/>	PROPAFENON	Rytmonorma ®
<input type="checkbox"/>	*FLECAINID*	Aristocor ®	<input type="checkbox"/>	SOTALOL	Sotacor ®

* Keine Kostenübernahme durch die Krankenkassen.