

Begleitschein zur MEDIKAMENTEN-BESTIMMUNG

An das PHARMAKOLOGISCHE LABOR

der Ges. f. Epilepsieforschung, Bethel (Dr. B. Rambeck, Dr. U. Jürgens, Prof. Dr. T. May)

Maraweg 13, 33617 Bielefeld, Tel. 0521 144-3147 / Fax 0521 144-2027

Nr.

Eingang:

▲ wird vom Labor ausgefüllt

Name: Vorname:

Geb.-Datum: Stempel/Aufkleber

Körpergröße: cm / Gewicht: kg

ABSENDER/STATION:

EILIG



Tel.-Nr.

Fax-Nr.

Behandelnder Arzt:

EINSENDUNGEN OHNE ABSENDER-ANGABE WERDEN NICHT BEARBEITET!

Blut entnommen am: um Uhr

**Bitte infektiöses
Material
kennzeichnen!**

Gewünschte Bestimmung:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ja nein

Überdosierungserscheinungen: ja nein Art:

Medikation: (unbedingt **alle** Medikamente und Dosierungen der **letzten 4 Wochen** angeben!)

Medikament:	Dosierung:	seit:	Dosierung vorher:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

letzte Einnahme: Datum: um Uhr

Wir bitten dringend um exakte Angaben, da die Daten für wissenschaftl. Untersuchungen verwendet werden.

Befunde: in µg/ml Serum

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Ethosuximid : | 10-OH-Carbazepin : | Rufinamid : |
| N-Desm.-Mesuximid : | Gabapentin : | Lacosamid : |
| Phenobarbital : | Vigabatrin : | Stiripentol : |
| Primidon : | Topiramal : | Bromid (in mg/ml) : |
| Carbamazepin : | Sultiam : | Psychopharmaka und |
| Carbamaz.-Epoxid : | Felbamal : | Benzodiazepine (in ng/ml) |
| Diphenylhydantoin : | Levetiracetam : | |
| Valproinsäure : | Zonisamid : | |
| Lamotrigin : | Pregabalin : | |