

Therapeutisches Drug Monitoring Antimykotika Anforderungsformular

Adresse: Universitätsklinikum Würzburg
Medizinische Klinik und Poliklinik II
Wissenschaftliches Labor – Infektiologie
Leiter: Prof. Dr. Klinker
Zentrum Innere Medizin, Haus A4, Raum -3.957
Oberdürrbacher Str. 6
97080 Würzburg
Tel.: 0931-201-40734; Fax: 0931-201-640734
www.ukw.de/medizinische-klinik-ii/infektiologie/startseite/

Einsender:

Praxis-/Klinikstempel

Patient (ggf. Aufkleber verwenden):

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: _____
Kostenträger: _____
Vers.-Nr.: _____
Adresse (bei Privatpatienten und Selbstzahlern):

Rechnungsstellung (bitte ankreuzen!):

Anforderung durch niedergelassenen Arzt:Überweisungsschein liegt bei Rechnung an Patient:Privatpatient (Abrechnung nach GOÄ) Selbstzahler (Abrechnung nach DKG-NT) Anforderung durch Klinik:Rechnung an Klinik (DKG-NT) Privatpatient (GOÄ)

**Blutentnahme(n) falls möglich unmittelbar vor
der nächsten Medikation (Talspiegel)**

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Stempel / Unterschrift Arzt

 Voriconazol (Vfend®) **Posaconazol** (Noxafil®)
Therapiebeginn: _____
DatumApplikationsform i.v. p.o. Tbl. p.o. Saft

Zeitpunkt der letzten Dosis: _____ Datum _____ Uhrzeit _____ Dosis _____ mg _____ x täglich

Körpergewicht (kg): _____ Körpergröße (cm): _____

Spezielle Fragestellung: _____

Ernährung: enteral nüchtern/parenteral**Komedikation (bitte vollständig angeben!):**

PPI/Säureblocker: _____ Cholesterinsenker: _____

Psychoph./Sedativa: _____ Immunsuppressiva: _____

Antibiotika: _____

Chemotherapeutika: _____

Andere: _____

Handling und Probenversand:

Serummonovette (10 ml) zentrifugieren und nur das Serum (mindestens 2-3 ml) in **bruchsicheres Probenröhrchen** überführen und im **Sicherheitscontainer** an obige Adresse senden.

Probenannahme Montag – Freitag (bis 12 Uhr). **Unbedingt Postlaufzeiten beachten!**

