

Adresse: Universitätsklinikum Würzburg
Medizinische Klinik und Poliklinik II
Wissenschaftliches Labor – Infektiologie
Leiter: Prof. Dr. H. Klinker
Antimykotika: PD Dr. W. Heinz
Zentrum Innere Medizin, Haus A4, Raum -3.957
Oberdürrbacher Str. 6
97080 Würzburg
Tel.: 0931-201-40734; Fax: 0931-201-640734
www.medizin2.ukw.de/hepinf

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)

Die Blutabnahme zur Spiegelbestimmung sollte (am Morgen) direkt vor Einnahme des Medikamentes erfolgen.
Blutabnahme: _____ Datum _____ Uhrzeit _____

Stempel / Unterschrift Arzt

Für **Intensivpatienten** stehen separate Anforderungszettel zur Verfügung.

Voriconazol (Vfend®)

Posaconazol (Noxafil®)

Therapiebeginn: _____ Datum _____

Applikationsform: 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 (10ml) zentrifugieren und **NUR** das Serum (mindestens 2-3ml) in ein bruchsaicheres Probenröhrchen überführen und im **SICHERHEITSCONTAINER** an obige Adresse senden.
Probeannahme Montag – Freitag. **UNBEDINGT POSTLAUFZEIT BEACHTEN !!!**