

Kerckhoff-Klinik
 Zentrallabor
 Benekestr. 2-8
 61231 Bad Nauheim

Tel.: 06032-996-2746
 Fax:: 06032-996-2722

Name, Vorname, Geb. Datum
 oder Etikett

Anforderung APAT-Kontrollen

Therapeutisches Drug Monitoring (TDM): 1 Serum-Monovette 4 ml Lithium-Heparin Gel

Aktuelle Klinik / Anamnese

- | | |
|--|--|
| ☐ keine Änderung im Verlauf
☐ folgende Veränderung: | ☐ Fieber
☐ AZ-Verschlechterung
☐ Steigende Infektwerte
☐ Blutbildveränderungen (z.B. Thrombozytopenie)
☐ Zunehmende Nierenfunktionsstörung
☐ Zunehmende Leberfunktionsstörung |
| ☐ Sonstiges _____ | |

Jetzige Medikation:

- ☐ APAT wie vorgegeben, bitte einzelne Antiinfektiva angeben:
- _____
- _____

Gewünschte Untersuchung:

TDM:

- | | | |
|--|--------------------|--------------|
| ☐ Vancomycin | letzte Gabe: _____ | Dosis: _____ |
| ☐ Gentamicin | letzte Gabe: _____ | Dosis: _____ |
| ☐ Piperacillin / Tazobactam | letzte Gabe: _____ | Dosis: _____ |
| ☐ Linezolid | letzte Gabe: _____ | Dosis: _____ |
| ☐ Anderes Präparat: _____ | letzte Gabe: _____ | Dosis: _____ |

Sonstiges:

- ☐ Blutkulturflaschen (nach vorheriger Rücksprache)

Bitte unbedingt ausfüllen, damit die Befundmitteilung erfolgen kann:

Befund faxen unter Fax-Nr:

Befund telefonisch mitteilen unter Tel-Nr:

Einsendende Ärztin/einsendender Arzt:

Praxis

Unterschrift:

Dieses Formular finden Sie unter www.kerckhoff-klinik.de, „Abteilungen“,
 „Labormedizin & Krankenhaushygiene“, „Laboranforderungen - Downloads“ als Anlage im PDF-Format.