

Institut für Klinischer Chemie und Laboratoriumsmedizin (Zentrallabor) Universitätsmedizin Mainz Langenbeckstraße 1, Gebäude 605 Fax: 06131/17-6789 D-55131 Mainz	Einsender (Stempel mit Fax-Nr. für die Befundmitteilung):
---	---

Name: Vorname: Geburtsdatum: Geschlecht:	Diagnose:	Versicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Behandlung <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> Raucher (mäßig, < 10 Zig/Tag) <input type="checkbox"/> Raucher (stark, > 10 Zig/Tag)
--	------------------	---	--	---

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

BLUTENTNAHME nüchtern, mind. 12 Stunden nach der letzten Medikationeneinnahme, 5 bis 10 ml Vollblut in gelfreier Serum-Monovette

Antidepressiva	Tagesdosis	seit wann	letzte Einnahme	Antipsychotika	Tagesdosis	seit wann	letzte Einnahme
<input type="checkbox"/> Amitriptylin				<input type="checkbox"/> Amisulprid			
<input type="checkbox"/> Bupropion				<input type="checkbox"/> Aripiprazol			
<input type="checkbox"/> Citalopram				<input type="checkbox"/> Clozapin			
<input type="checkbox"/> Clomipramin				<input type="checkbox"/> Flupentixol			
<input type="checkbox"/> Doxepin				<input type="checkbox"/> Haloperidol			
<input type="checkbox"/> Duloxetin				<input type="checkbox"/> Olanzapin			
<input type="checkbox"/> Escitalopram				<input type="checkbox"/> Paliperidon			
<input type="checkbox"/> Fluoxetin				<input type="checkbox"/> Quetiapin			
<input type="checkbox"/> Fluvoxamin				<input type="checkbox"/> Risperidon			
<input type="checkbox"/> Milnacipran				<input type="checkbox"/> Sertindol			
<input type="checkbox"/> Mirtazapin				<input type="checkbox"/> Ziprasidon			
<input type="checkbox"/> Nortriptylin							
<input type="checkbox"/> Paroxetin				Antiepileptika / Mood stabilizer			
<input type="checkbox"/> Sertralin				<input type="checkbox"/> Carbamazepin		<input type="checkbox"/> Lamotrigin	
<input type="checkbox"/> Tianeptin				<input type="checkbox"/> Levetiracetam		<input type="checkbox"/> Lithium	
<input type="checkbox"/> Trimipramin				<input type="checkbox"/> Valproinsäure		<input type="checkbox"/> Phenobarbital	
<input type="checkbox"/> Venlafaxin				<input type="checkbox"/> Phenytoin		<input type="checkbox"/> Sultiam	
				<input type="checkbox"/> Pregabalin			
				<input type="checkbox"/> Oxcarbazepin (aktiver Metabolit -OH-Carbamazepin)			

Genotypisierung (hierfür bedarf es einer Einwilligungserklärung und einer kleinen EDTA-Monovette)

<input type="checkbox"/> CYP2D6 Genotyp	<input type="checkbox"/> CYP2C9 Genotyp	<input type="checkbox"/> CYP2C19 Genotyp
---	---	--

Begleitmedikamente (bitte alle angeben, psychiatrische und nicht psychiatrische Medikation)

.....

.....

GRUND DER ANFORDERUNG	SCHWEREGRAD DER ERKRANKUNG (CGI) aktuell	THERAPIE-EFFEKT (CGI) seit Behandlungsbeginn
<input type="checkbox"/> Ersteinstellung <input type="checkbox"/> Dosisänderung <input type="checkbox"/> Interaktionen <input type="checkbox"/> Nichtansprechen <input type="checkbox"/> Compliance-Kontrolle <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> Nebenwirkung <input type="checkbox"/> Intoxikation <input type="checkbox"/> anderer Grund:	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (0) <input type="checkbox"/> nicht krank (1) <input type="checkbox"/> Grenzfall (2) <input type="checkbox"/> leicht krank (3) <input type="checkbox"/> mäßig krank (4) <input type="checkbox"/> deutlich krank (5) <input type="checkbox"/> schwer krank (6) <input type="checkbox"/> extrem schwer krank (7)	<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar (0) <input type="checkbox"/> sehr viel besser (1) <input type="checkbox"/> viel besser (2) <input type="checkbox"/> nur wenig besser (3) <input type="checkbox"/> unverändert (4) <input type="checkbox"/> etwas schlechter (5) <input type="checkbox"/> viel schlechter (6) <input type="checkbox"/> sehr viel schlechter (7)

NEBENWIRKUNGEN(EN):	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
----------------------------	--

<input type="checkbox"/> Schläfrigkeit/Sedierung <input type="checkbox"/> Spannung/innere Unruhe <input type="checkbox"/> Akkomodationsstörungen <input type="checkbox"/> Hauterscheinungen <input type="checkbox"/> Polydipsie <input type="checkbox"/> ZNS-Nebenwirkungen (Delir)	<input type="checkbox"/> gastrointestinale Störungen (Übelkeit/Erbrechen/Nausea/Diarrhoe/Obstipation) <input type="checkbox"/> urogenitale Störungen (Miktionsstörung/sexuelle Dysfunktion/Polyurie) <input type="checkbox"/> EPS-Nebenwirkungen (Dystonie/Rigidität/Hypokinese/Akinese/Tremor/Akathisie) <input type="checkbox"/> kardiovaskuläre Störung (orthostatische Dysregulation/Tachykardie) <input type="checkbox"/> Speichelfluss (erhöht/verringert) <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> andere Nebenwirkung (bitte spez.):
--	---

Datum der Blutentnahme:
Behandelnde/r Ärztin/Arzt: