

## IMPDH AKTIVITÄTSBESTIMMUNG (HPLC)

**MATERIAL:** 5 ML LI-HEPARIN-BLUT

**PATIENTENDATEN:**

Name: _____	Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>		
<b>Blutabnahme:</b>	Stunden nach Einnahme: _____	Datum: _____

**KLINIK:**

<input type="checkbox"/> vor nTx	<input type="checkbox"/> Verlauf
<input type="checkbox"/> nach nTX	<input type="checkbox"/> Therapieumstellung

**MEDIKATION:**

Medikament	Dosis [mg]
<input type="checkbox"/> CellCept®	_____
<input type="checkbox"/> Myfortic®	_____
<input type="checkbox"/> Sonstige	_____

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

Unterschrift u. Stempel des Auftraggebers