



Bitte schicken Sie die Daten zusätzlich auch an: RoMed Klinikum Rosenheim  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Kindernephrologie  
Cystinose-Zentrum  
Pettenkoferstr. 10  
83022 Rosenheim

## Cystin-Spiegel

## Einsender (Stempel)

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

Aktuelles Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

Aktuelle Körperlänge (cm): \_\_\_\_\_

## Cystin-Spiegel

Uhrzeit bei Spiegelabnahme: \_\_\_\_\_

### Letzte Medikation vor Spiegelabnahme:

### Uhrzeit

Procysbi \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_

Cystagon \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_

Reverkapseltes Cystagon \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_

### Cysteamin Medikation pro Tag

### Uhrzeit1 Uhrzeit2 Uhrzeit3 Uhrzeit4

Procysbi \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_

Cystagon \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_

Reverkapseltes Cystagon \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_

Gesamtdosis Cysteamin pro Tag \_\_\_\_\_ mg