

VICTOR DA SILVA MELCUNAS
Brasilien
Hämophilie A



2022

Substitutionskalender

**changing
haemophilia®**


novo nordisk®

Vom Patienten auszufüllen

Patient

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Hämophiliezentrum / Hämophiliebehandler

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Notfalltelefon: _____

Hausarzt

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Notfalltelefon: _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Vom Arzt auszufüllen

Art der Gerinnungsstörung _____

Restaktivität (%) _____

Behandlungsschema bei Bedarf Prophylaxe
vom _____ bis _____

Behandlung Präparat: _____ Dosierung: _____

Zeitpunkt der Gabe _____

Gerinnungspräparat Faktor VII(a) plasmatisch
Faktor VIII rekombinant
Faktor IX Faktor VIII/WF

Nur für den Fall, dass das Behandlungsschema in diesem Jahr geändert werden muss(te)

Behandlungsschema bei Bedarf Prophylaxe
vom _____ bis _____

Behandlung Präparat: _____ Dosierung: _____

Zeitpunkt der Gabe _____

Gerinnungspräparat Faktor VII(a) plasmatisch
Faktor VIII rekombinant
Faktor IX Faktor VIII/VWF

Lieber Patient,

seit mehr als 25 Jahren hat sich der Substitutionskalender bereits etabliert. Er dient der lückenlosen Dokumentation aller Behandlungsdaten von Menschen mit Hämophilie. Mit der Eintragung Ihrer Behandlungsdaten unterstützen Sie Ihren behandelnden Arzt. Er hat nach §14 des Transfusionsgesetzes jede Anwendung von Blutprodukten und von gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen zur Behandlung von Hämostasestörungen für die in diesem Gesetz geregelten Zwecke, für Zwecke der ärztlichen Behandlung der von der Anwendung betroffenen Personen und für Zwecke der Risikoerfassung nach dem Arzneimittelgesetz zu dokumentieren oder dokumentieren zu lassen.

Der Kalender dient der Vorlage bei Ihrem behandelnden Arzt zur Überprüfung und zum Nachweis aller Verbrauchsdaten.

Bitte tragen Sie **jede** Substitution von Gerinnungsfaktoren in Ihren Kalender ein: die Mengen, die Sie sich (oder Ihrem Kind) gespritzt haben, was Sie vom Arzt bei einer ambulanten Operation (z. B. Zahnarzt) erhalten haben, genauso wie die Gaben im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im In- oder Ausland).

Was sollte wie eingetragen werden?

- **Präparat:** Name Ihres Gerinnungsfaktors
- **Uhrzeit:** Exakte Uhrzeit der Infusion
- **Vollständige Chargennummer:** Bitte das Dokumentationsetikett einkleben. Sollten Sie nacheinander Flaschen aus derselben Charge benutzen, genügen auch Wiederholungsstriche („).
- **Verabreicht von bzw. wo:** Machen Sie mit einem Kreuz kenntlich, ob Sie den Faktor selbst gespritzt haben oder ihn im ambulanten oder stationären Bereich erhalten haben.
- **Anlass:** Wählen Sie zwischen Prophylaxe, Blutung/Trauma oder Operation. Folgebehandlungen werden unter Blutung/Trauma eingetragen. Als Trauma sind hier innere, also nicht sichtbare Blutungen zu verstehen.

- **Blutungsort und Schweregrad:** Tragen Sie im entsprechenden Feld des Blutungsortes mit der Angabe zwischen 1 und 3 den Schweregrad ein (1=leicht, 2=mittel oder 3=schwer). Bei Blutungen an „anderen“ Orten notieren Sie das unter „Bemerkungen“.
- **Fehltage:** Hämophiliebedingte Fehltage als Kreuz (X), andere Fehltage (Grippe etc.) als Kreis (O) eintragen.
- **Bemerkungen:** Hier notieren Sie alles, was Sie als wichtig erachten – zusätzliche Informationen zum Blutungsort, sonstige Erkrankungen, Medikamente, Unverträglichkeiten etc.
- **Körpergewicht:** Bitte jeweils am Monatsanfang ermitteln.

Sollte bei einem Blutungsereignis der Platz in der Zeile nicht ausreichen, so kleben Sie alle weiteren Aufkleber unter Angabe von Datum, Uhrzeit und Menge auf eine der Nachtragsseiten am Ende Ihres Kalenders. Verweisen Sie darauf im Feld „Bemerkungen“.

Am unteren Ende jeder Seite kann Ihr Arzt Ihre Angaben für die Dateneingabe ins Deutsche Hämophileregister (DHR) einfach zusammenstellen.

Bitte vereinbaren Sie **mindestens** 2x im Jahr einen Termin mit Ihrem Arzt/Zentrum. Bringen Sie bitte dazu immer Ihren Substitutionskalender mit.

Ihr Novo Nordisk Team



| | | | | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Sa | | | | | | | | | | |
| 2 So | | | | | | | | | | |
| 3 Mo | 20:15 | 3000 | 837498535u23ndfs8342 | X | | | | | X | |
| 4 Di | | | | | | | | | | |
| 5 Mi | | | | | | | | | | |
| 6 Do | | | | | | | | | | |
| 7 Fr | | | | | | | | | | |
| 8 Sa | 08:15 | 2000 | " | X | | | | | X | |
| 9 So | | | | | | | | | | |
| 10 Mo | | | | | | | | | | |
| 11 Di | | | | | | | | | | |
| 12 Mi | | | | | | | | | | |
| 13 Do | | | | | | | | | | |
| 14 Fr | | | | | | | | | | |
| 15 Sa | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | 5000 | 2 | | 0 | 0 | | 5000 | | |

| | | | | Verbreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|-------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Sa | | | | | | | | | | |
| 2 So | | | | | | | | | | |
| 3 Mo | | | | | | | | | | |
| 4 Di | | | | | | | | | | |
| 5 Mi | | | | | | | | | | |
| 6 Do | | | | | | | | | | |
| 7 Fr | | | | | | | | | | |
| 8 Sa | | | | | | | | | | |
| 9 So | | | | | | | | | | |
| 10 Mo | | | | | | | | | | |
| 11 Di | | | | | | | | | | |
| 12 Mi | | | | | | | | | | |
| 13 Do | | | | | | | | | | |
| 14 Fr | | | | | | | | | | |
| 15 Sa | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Verabreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---|-----------|--|------------------------|---------------|------------------|--------------------------------|-----------------|---|-----------|
| | | | | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 So | | | | | | | | | | |
| 17 Mo | | | | | | | | | | |
| 18 Di | | | | | | | | | | |
| 19 Mi | | | | | | | | | | |
| 20 Do | | | | | | | | | | |
| 21 Fr | | | | | | | | | | |
| 22 Sa | | | | | | | | | | |
| 23 So | | | | | | | | | | |
| 24 Mo | | | | | | | | | | |
| 25 Di | | | | | | | | | | |
| 26 Mi | | | | | | | | | | |
| 27 Do | | | | | | | | | | |
| 28 Fr | | | | | | | | | | |
| 29 Sa | | | | | | | | | | |
| 30 So | | | | | | | | | | |
| 31 Mo | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verabreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Di | | | | | | | | | | |
| 2 Mi | | | | | | | | | | |
| 3 Do | | | | | | | | | | |
| 4 Fr | | | | | | | | | | |
| 5 Sa | | | | | | | | | | |
| 6 So | | | | | | | | | | |
| 7 Mo | | | | | | | | | | |
| 8 Di | | | | | | | | | | |
| 9 Mi | | | | | | | | | | |
| 10 Do | | | | | | | | | | |
| 11 Fr | | | | | | | | | | |
| 12 Sa | | | | | | | | | | |
| 13 So | | | | | | | | | | |
| 14 Mo | | | | | | | | | | |
| 15 Di | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl/Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Verbreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | |
|-----------------|---|--|--------------------------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|
| | | | | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch |
| 16 Mi | | | | | | | | | |
| 17 Do | | | | | | | | | |
| 18 Fr | | | | | | | | | |
| 19 Sa | | | | | | | | | |
| 20 So | | | | | | | | | |
| 21 Mo | | | | | | | | | |
| 22 Di | | | | | | | | | |
| 23 Mi | | | | | | | | | |
| 24 Do | | | | | | | | | |
| 25 Fr | | | | | | | | | |
| 26 Sa | | | | | | | | | |
| 27 So | | | | | | | | | |
| 28 Mo | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Di | | | | | | | | | | |
| 2 Mi | | | | | | | | | | |
| 3 Do | | | | | | | | | | |
| 4 Fr | | | | | | | | | | |
| 5 Sa | | | | | | | | | | |
| 6 So | | | | | | | | | | |
| 7 Mo | | | | | | | | | | |
| 8 Di | | | | | | | | | | |
| 9 Mi | | | | | | | | | | |
| 10 Do | | | | | | | | | | |
| 11 Fr | | | | | | | | | | |
| 12 Sa | | | | | | | | | | |
| 13 So | | | | | | | | | | |
| 14 Mo | | | | | | | | | | |
| 15 Di | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | |
|------------------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|---|---------------------|
| | | | | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch |
| 16 Mi | | | | | | | | | |
| 17 Do | | | | | | | | | |
| 18 Fr | | | | | | | | | |
| 19 Sa | | | | | | | | | |
| 20 So | | | | | | | | | |
| 21 Mo | | | | | | | | | |
| 22 Di | | | | | | | | | |
| 23 Mi | | | | | | | | | |
| 24 Do | | | | | | | | | |
| 25 Fr | | | | | | | | | |
| 26 Sa | | | | | | | | | |
| 27 So | | | | | | | | | |
| 28 Mo | | | | | | | | | |
| 29 Di | | | | | | | | | |
| 30 Mi | | | | | | | | | |
| 31 Do | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 | Fr | | | | | | | | | |
| 2 | Sa | | | | | | | | | |
| 3 | So | | | | | | | | | |
| 4 | Mo | | | | | | | | | |
| 5 | Di | | | | | | | | | |
| 6 | Mi | | | | | | | | | |
| 7 | Do | | | | | | | | | |
| 8 | Fr | | | | | | | | | |
| 9 | Sa | | | | | | | | | |
| 10 | So | | | | | | | | | |
| 11 | Mo | | | | | | | | | |
| 12 | Di | | | | | | | | | |
| 13 | Mi | | | | | | | | | |
| 14 | Do | | | | | | | | | |
| 15 | Fr | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

April

Präparat: _____

| | | | | Verabreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 Sa | | | | | | | | | | |
| 17 So | | | | | | | | | | |
| 18 Mo | | | | | | | | | | |
| 19 Di | | | | | | | | | | |
| 20 Mi | | | | | | | | | | |
| 21 Do | | | | | | | | | | |
| 22 Fr | | | | | | | | | | |
| 23 Sa | | | | | | | | | | |
| 24 So | | | | | | | | | | |
| 25 Mo | | | | | | | | | | |
| 26 Di | | | | | | | | | | |
| 27 Mi | | | | | | | | | | |
| 28 Do | | | | | | | | | | |
| 29 Fr | | | | | | | | | | |
| 30 Sa | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Verbreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|-------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| | | | | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 So | | | | | | | | | | |
| 2 Mo | | | | | | | | | | |
| 3 Di | | | | | | | | | | |
| 4 Mi | | | | | | | | | | |
| 5 Do | | | | | | | | | | |
| 6 Fr | | | | | | | | | | |
| 7 Sa | | | | | | | | | | |
| 8 So | | | | | | | | | | |
| 9 Mo | | | | | | | | | | |
| 10 Di | | | | | | | | | | |
| 11 Mi | | | | | | | | | | |
| 12 Do | | | | | | | | | | |
| 13 Fr | | | | | | | | | | |
| 14 Sa | | | | | | | | | | |
| 15 So | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verbreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|-------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 Mo | | | | | | | | | | |
| 17 Di | | | | | | | | | | |
| 18 Mi | | | | | | | | | | |
| 19 Do | | | | | | | | | | |
| 20 Fr | | | | | | | | | | |
| 21 Sa | | | | | | | | | | |
| 22 So | | | | | | | | | | |
| 23 Mo | | | | | | | | | | |
| 24 Di | | | | | | | | | | |
| 25 Mi | | | | | | | | | | |
| 26 Do | | | | | | | | | | |
| 27 Fr | | | | | | | | | | |
| 28 Sa | | | | | | | | | | |
| 29 So | | | | | | | | | | |
| 30 Mo | | | | | | | | | | |
| 31 Di | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---|--|--------------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| | | | | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Mi | | | | | | | | | | |
| 2 Do | | | | | | | | | | |
| 3 Fr | | | | | | | | | | |
| 4 Sa | | | | | | | | | | |
| 5 So | | | | | | | | | | |
| 6 Mo | | | | | | | | | | |
| 7 Di | | | | | | | | | | |
| 8 Mi | | | | | | | | | | |
| 9 Do | | | | | | | | | | |
| 10 Fr | | | | | | | | | | |
| 11 Sa | | | | | | | | | | |
| 12 So | | | | | | | | | | |
| 13 Mo | | | | | | | | | | |
| 14 Di | | | | | | | | | | |
| 15 Mi | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verbreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|-----------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat./Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 Do | | | | | | | | | | |
| 17 Fr | | | | | | | | | | |
| 18 Sa | | | | | | | | | | |
| 19 So | | | | | | | | | | |
| 20 Mo | | | | | | | | | | |
| 21 Di | | | | | | | | | | |
| 22 Mi | | | | | | | | | | |
| 23 Do | | | | | | | | | | |
| 24 Fr | | | | | | | | | | |
| 25 Sa | | | | | | | | | | |
| 26 So | | | | | | | | | | |
| 27 Mo | | | | | | | | | | |
| 28 Di | | | | | | | | | | |
| 29 Mi | | | | | | | | | | |
| 30 Do | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verbreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|-------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Fr | | | | | | | | | | |
| 2 Sa | | | | | | | | | | |
| 3 So | | | | | | | | | | |
| 4 Mo | | | | | | | | | | |
| 5 Di | | | | | | | | | | |
| 6 Mi | | | | | | | | | | |
| 7 Do | | | | | | | | | | |
| 8 Fr | | | | | | | | | | |
| 9 Sa | | | | | | | | | | |
| 10 So | | | | | | | | | | |
| 11 Mo | | | | | | | | | | |
| 12 Di | | | | | | | | | | |
| 13 Mi | | | | | | | | | | |
| 14 Do | | | | | | | | | | |
| 15 Fr | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 Sa | | | | | | | | | | |
| 17 So | | | | | | | | | | |
| 18 Mo | | | | | | | | | | |
| 19 Di | | | | | | | | | | |
| 20 Mi | | | | | | | | | | |
| 21 Do | | | | | | | | | | |
| 22 Fr | | | | | | | | | | |
| 23 Sa | | | | | | | | | | |
| 24 So | | | | | | | | | | |
| 25 Mo | | | | | | | | | | |
| 26 Di | | | | | | | | | | |
| 27 Mi | | | | | | | | | | |
| 28 Do | | | | | | | | | | |
| 29 Fr | | | | | | | | | | |
| 30 Sa | | | | | | | | | | |
| 31 So | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

August

Präparat: _____

| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Verbreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | |
|-----------------|---|--|--------------------------------|-----------------------|------------------|--------------------------------|---------------|---|---------------------|
| | | | | Pat./Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch |
| 1 Mo | | | | | | | | | |
| 2 Di | | | | | | | | | |
| 3 Mi | | | | | | | | | |
| 4 Do | | | | | | | | | |
| 5 Fr | | | | | | | | | |
| 6 Sa | | | | | | | | | |
| 7 So | | | | | | | | | |
| 8 Mo | | | | | | | | | |
| 9 Di | | | | | | | | | |
| 10 Mi | | | | | | | | | |
| 11 Do | | | | | | | | | |
| 12 Fr | | | | | | | | | |
| 13 Sa | | | | | | | | | |
| 14 So | | | | | | | | | |
| 15 Mo | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl/Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | |
| | | | | | | | | | |

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

August

Präparat: _____

| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | |
|-----------------|---|-----------|--|--------------------------|---------------|------------------|--------------------------------|-----------------|---|
| | | | | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch |
| 16 Di | | | | | | | | | |
| 17 Mi | | | | | | | | | |
| 18 Do | | | | | | | | | |
| 19 Fr | | | | | | | | | |
| 20 Sa | | | | | | | | | |
| 21 So | | | | | | | | | |
| 22 Mo | | | | | | | | | |
| 23 Di | | | | | | | | | |
| 24 Mi | | | | | | | | | |
| 25 Do | | | | | | | | | |
| 26 Fr | | | | | | | | | |
| 27 Sa | | | | | | | | | |
| 28 So | | | | | | | | | |
| 29 Mo | | | | | | | | | |
| 30 Di | | | | | | | | | |
| 31 Mi | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) |
| | | | | | | | | | |

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

| | | | | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Do | | | | | | | | | | |
| 2 Fr | | | | | | | | | | |
| 3 Sa | | | | | | | | | | |
| 4 So | | | | | | | | | | |
| 5 Mo | | | | | | | | | | |
| 6 Di | | | | | | | | | | |
| 7 Mi | | | | | | | | | | |
| 8 Do | | | | | | | | | | |
| 9 Fr | | | | | | | | | | |
| 10 Sa | | | | | | | | | | |
| 11 So | | | | | | | | | | |
| 12 Mo | | | | | | | | | | |
| 13 Di | | | | | | | | | | |
| 14 Mi | | | | | | | | | | |
| 15 Do | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verbreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|-----------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 | Fr | | | | | | | | | |
| 17 | Sa | | | | | | | | | |
| 18 | So | | | | | | | | | |
| 19 | Mo | | | | | | | | | |
| 20 | Di | | | | | | | | | |
| 21 | Mi | | | | | | | | | |
| 22 | Do | | | | | | | | | |
| 23 | Fr | | | | | | | | | |
| 24 | Sa | | | | | | | | | |
| 25 | So | | | | | | | | | |
| 26 | Mo | | | | | | | | | |
| 27 | Di | | | | | | | | | |
| 28 | Mi | | | | | | | | | |
| 29 | Do | | | | | | | | | |
| 30 | Fr | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Sa | | | | | | | | | | |
| 2 So | | | | | | | | | | |
| 3 Mo | | | | | | | | | | |
| 4 Di | | | | | | | | | | |
| 5 Mi | | | | | | | | | | |
| 6 Do | | | | | | | | | | |
| 7 Fr | | | | | | | | | | |
| 8 Sa | | | | | | | | | | |
| 9 So | | | | | | | | | | |
| 10 Mo | | | | | | | | | | |
| 11 Di | | | | | | | | | | |
| 12 Mi | | | | | | | | | | |
| 13 Do | | | | | | | | | | |
| 14 Fr | | | | | | | | | | |
| 15 Sa | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | Verabreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|-----------------|---------|---|--|------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 So | | | | | | | | | | |
| 17 Mo | | | | | | | | | | |
| 18 Di | | | | | | | | | | |
| 19 Mi | | | | | | | | | | |
| 20 Do | | | | | | | | | | |
| 21 Fr | | | | | | | | | | |
| 22 Sa | | | | | | | | | | |
| 23 So | | | | | | | | | | |
| 24 Mo | | | | | | | | | | |
| 25 Di | | | | | | | | | | |
| 26 Mi | | | | | | | | | | |
| 27 Do | | | | | | | | | | |
| 28 Fr | | | | | | | | | | |
| 29 Sa | | | | | | | | | | |
| 30 So | | | | | | | | | | |
| 31 Mo | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

November

Präparat: _____

| | | | | Verabreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 1 Di | | | | | | | | | | |
| 2 Mi | | | | | | | | | | |
| 3 Do | | | | | | | | | | |
| 4 Fr | | | | | | | | | | |
| 5 Sa | | | | | | | | | | |
| 6 So | | | | | | | | | | |
| 7 Mo | | | | | | | | | | |
| 8 Di | | | | | | | | | | |
| 9 Mi | | | | | | | | | | |
| 10 Do | | | | | | | | | | |
| 11 Fr | | | | | | | | | | |
| 12 Sa | | | | | | | | | | |
| 13 So | | | | | | | | | | |
| 14 Mo | | | | | | | | | | |
| 15 Di | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

November

Präparat: _____

| | | | | Verbreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|-----------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 Mi | | | | | | | | | | |
| 17 Do | | | | | | | | | | |
| 18 Fr | | | | | | | | | | |
| 19 Sa | | | | | | | | | | |
| 20 So | | | | | | | | | | |
| 21 Mo | | | | | | | | | | |
| 22 Di | | | | | | | | | | |
| 23 Mi | | | | | | | | | | |
| 24 Do | | | | | | | | | | |
| 25 Fr | | | | | | | | | | |
| 26 Sa | | | | | | | | | | |
| 27 So | | | | | | | | | | |
| 28 Mo | | | | | | | | | | |
| 29 Di | | | | | | | | | | |
| 30 Mi | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

| | | | | Verabreicht von / wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|--------------------------|------------------|----------------------------------|---------------|---|------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumat. | Operation |
| 1 Do | | | | | | | | | | |
| 2 Fr | | | | | | | | | | |
| 3 Sa | | | | | | | | | | |
| 4 So | | | | | | | | | | |
| 5 Mo | | | | | | | | | | |
| 6 Di | | | | | | | | | | |
| 7 Mi | | | | | | | | | | |
| 8 Do | | | | | | | | | | |
| 9 Fr | | | | | | | | | | |
| 10 Sa | | | | | | | | | | |
| 11 So | | | | | | | | | | |
| 12 Mo | | | | | | | | | | |
| 13 Di | | | | | | | | | | |
| 14 Mi | | | | | | | | | | |
| 15 Do | | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl / Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

Dezember

Präparat: _____

| | | | | Verabreicht von/wo (X) | | | Anlass (X) | | | |
|------------------------|---------|---|--|------------------------|------------------|--------------------------------|---------------|---|---------------------|-----------|
| Datum | Uhrzeit | Einheiten | Chargennummer Abreißetikett | Pat. / Behandler | ambulant (OP) | stationär | Prophylaxe | Blutung spontan | Blutung traumatisch | Operation |
| 16 | Fr | | | | | | | | | |
| 17 | Sa | | | | | | | | | |
| 18 | So | | | | | | | | | |
| 19 | Mo | | | | | | | | | |
| 20 | Di | | | | | | | | | |
| 21 | Mi | | | | | | | | | |
| 22 | Do | | | | | | | | | |
| 23 | Fr | | | | | | | | | |
| 24 | Sa | | | | | | | | | |
| 25 | So | | | | | | | | | |
| 26 | Mo | | | | | | | | | |
| 27 | Di | | | | | | | | | |
| 28 | Mi | | | | | | | | | |
| 29 | Do | | | | | | | | | |
| 30 | Fr | | | | | | | | | |
| 31 | Sa | | | | | | | | | |
| Angaben für DHR | | Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!) | Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage) | | amb. OP (Anzahl) | stat. Aufenthalt (Anzahl Tage) | Dauerbehandl. | Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten!) | | |
| | | | | | | | | | | |

Fehltag: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

Kalender 2022

| Januar | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

| Februar | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | | | | | | |
| | | | | | | |

| März | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |
| | | | | | | |

| April | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | | | | | | |

| Mai | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

| Juni | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | |
| | | | | | | |

| Juli | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | | |

| August | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |
| | | | | | | |

| September | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | |
| | | | | | | |

| Oktober | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

| November | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | | | | |
| | | | | | | |

| Dezember | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| | | | | | | |

Kalender 2023

| Januar | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

| Februar | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | | | | | |
| | | | | | | |

| März | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
| | | | | | | |

| April | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| | | | | | | |

| Mai | | | | | | |
|-----|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |
| | | | | | | |

| Juni | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | |
| | | | | | | |

| Juli | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

| August | | | | | | |
|--------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |
| | | | | | | |

| September | | | | | | |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |
| | | | | | | |

| Oktober | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

| November | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | |
| | | | | | | |

| Dezember | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|
| Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| | | | | | | |

Zusammenfassung der Dokumentation

| Monat | Präparat(e) | Verabreichte Einheiten | Körpergewicht | Anzahl der Blutungen | Anzahl der hämophiliebedingten Fehltage |
|-----------|-------------|------------------------|---------------|----------------------|---|
| Januar | | | | | |
| Februar | | | | | |
| März | | | | | |
| April | | | | | |
| Mai | | | | | |
| Juni | | | | | |
| Juli | | | | | |
| August | | | | | |
| September | | | | | |
| Oktober | | | | | |
| November | | | | | |
| Dezember | | | | | |

Fragen Sie Ihren behandelnden Arzt nach dem
Substitutionskalender 2023

Auf Empfehlung von:

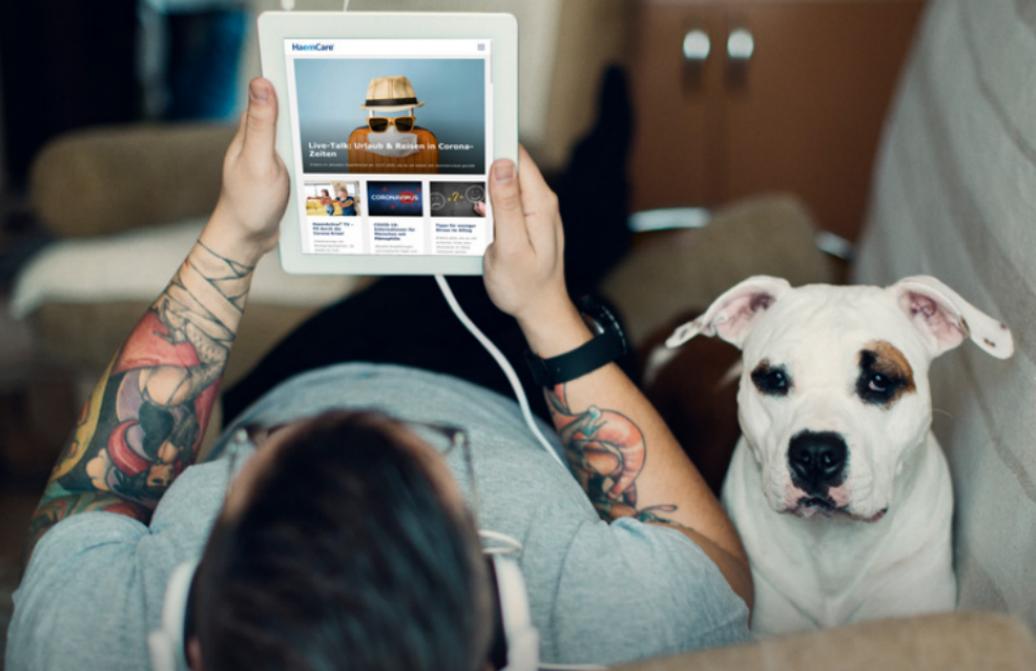
Deutsches Hämophileregister (DHR)

Deutsche Hämophiliegesellschaft e.V. (DHG)

Interessengemeinschaft Hämophiler e.V. (IGH)

Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V. (GTH)

Paul-Ehrlich-Institut (PEI)



Was läuft?

haemcare.de ist dein Portal für alles Wichtige über Blutgerinnungsstörungen, Fitness, Essen+Trinken, Reisen ... und die HaemExperten updaten dich in kurzen Videos zu Corona, GSAV und was sonst so läuft. **Sieh's dir an!**

Novo Nordisk Pharma GmbH, Brucknerstraße 1, 55127 Mainz

Tel.: 06131-903 0, Fax: 06131-903 1370, novonordisk.de

Changing Haemophilia® ist eine eingetragene Marke der Novo Nordisk Health Care AG

und der Apis-Stier ist eine eingetragene Marke von Novo Nordisk A/S.

© 2021 Novo Nordisk Health Care AG, Zürich, Schweiz

Art.-Nr. 709619 (05/2021) DE21CH00048 Druck: 07/2021.

**changing
haemophilia®**


novo nordisk®