

changing haemophilia®

# ~~schlechte~~ verbesserte Lebensqualität



Hämophilie verändern.  
Lebensqualität verbessern.

## Transition junger Erwachsener mit Hämophilie

Medizinischer Dokumentationsbogen

# Medizinischer Dokumentationsbogen

Übergabeprotokoll zum Erwachsenenhämostaseologen für Patienten mit Hämophilie

## Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Blutgruppe \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_

## Angehöriger

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

## Bisher behandelnder Arzt

Klinik/Praxis \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

## Diagnose nach ICD-10-Code/Schweregrad (%)

Hämophilie A \_\_\_\_\_  
 Hämophilie B \_\_\_\_\_  
 vW-Syndrom \_\_\_\_\_  
 Erstdiagnose (M/J) \_\_\_\_\_

## Weitere chron. Erkrankung(en) (inkl. Gerinnungsstörungen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Aktuelle Faktortherapie

Präparat \_\_\_\_\_  Tranexamsäure  
 Dosis \_\_\_\_\_  Desmopressin  
 Frequenz \_\_\_\_\_

## Besonderheiten der Therapie

Bedarfsbehandlung  
 Prophylaxe  
 Heimselbstbehandlung  
 seit (Jahr) \_\_\_\_\_

## Dokumentation

Substitutionskalender  
 Elektronisches Tagebuch

## Andere Medikamente

Präparat	Dosis	Frequenz	Seit wann
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Allergische Reaktionen auf Faktorpräparate oder andere Medikamente

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Faktorumstellungen in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Medikament von ... bis ..., ggf. Grund der Umstellung)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Hemmkörper (HK) in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Beginn; Art der ITT; max. HK-Titer; ZVK, Remission seit ...)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Operationen in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (einschließlich kleine Zahn-OPs)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Zielgelenke

Ja – Wenn ja: Ellenbogen Kniegelenk Sprunggelenk Andere  
 Nein  links  rechts  links  rechts  links  rechts \_\_\_\_\_

## Arthropathie

Ja  
 Nein

## Letzte Laboruntersuchungen

(Ergebnisse siehe Arztbrief)

Gemessener Faktorlevel

• wann \_\_\_\_\_  Faktor VIII \_\_\_\_\_  
 • wo \_\_\_\_\_  Faktor IX \_\_\_\_\_

## Virusstatus

Hepatitis A \_\_\_\_\_  HIV  
 Hepatitis B \_\_\_\_\_  Andere:  
 Hepatitis C \_\_\_\_\_  
*IgM IgG HBsAg*

## Frühere Teilnahme an Studien (inkl. Pharmakovigilanz, Beobachtungsstudien, etc.)

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Name der Studie, Dauer der Teilnahme)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

Da der Patient aktuell in einer Studie behandelt wird, bitte ich dringend um Rückruf unter der folgenden Telefonnummer:  
 \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am:

Mit der Weitergabe dieser Daten bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift des Arztes/Stempel

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift des Patienten



# Medizinischer Dokumentationsbogen

Übergabeprotokoll zum Erwachsenenhämostaseologen für Patienten mit Hämophilie

## Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Blutgruppe \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_

## Angehöriger

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

## Bisher behandelnder Arzt

Klinik/Praxis \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

## Diagnose nach ICD-10-Code/Schweregrad (%)

Hämophilie A \_\_\_\_\_  
 Hämophilie B \_\_\_\_\_  
 vW-Syndrom \_\_\_\_\_  
 Erstdiagnose (M/J) \_\_\_\_\_

## Weitere chron. Erkrankung(en) (inkl. Gerinnungsstörungen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Aktuelle Faktortherapie

Präparat \_\_\_\_\_  Tranexamsäure  
 Dosis \_\_\_\_\_  Desmopressin  
 Frequenz \_\_\_\_\_

## Besonderheiten der Therapie

Bedarfsbehandlung  
 Prophylaxe  
 Heimselbstbehandlung  
 seit (Jahr) \_\_\_\_\_

## Dokumentation

Substitutionskalender  
 Elektronisches Tagebuch

## Andere Medikamente

Präparat	Dosis	Frequenz	Seit wann
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Allergische Reaktionen auf Faktorpräparate oder andere Medikamente

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Faktorumstellungen in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Medikament von ... bis ..., ggf. Grund der Umstellung)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Hemmkörper (HK) in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Beginn; Art der ITT; max. HK-Titer; ZVK, Remission seit ...)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Operationen in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (einschließlich kleine Zahn-OPs)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Zielgelenke

Ja – Wenn ja: Ellenbogen Kniegelenk Sprunggelenk Andere  
 Nein  links  rechts  links  rechts  links  rechts \_\_\_\_\_

## Arthropathie

Ja  
 Nein

## Letzte Laboruntersuchungen

(Ergebnisse siehe Arztbrief)

Gemessener Faktorlevel

• wann \_\_\_\_\_  Faktor VIII \_\_\_\_\_  
 • wo \_\_\_\_\_  Faktor IX \_\_\_\_\_

## Virusstatus

Hepatitis A \_\_\_\_\_  HIV  
 Hepatitis B \_\_\_\_\_  Andere:  
 Hepatitis C \_\_\_\_\_  
*IgM IgG HBsAg*

## Frühere Teilnahme an Studien (inkl. Pharmakovigilanz, Beobachtungsstudien, etc.)

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Name der Studie, Dauer der Teilnahme)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

Da der Patient aktuell in einer Studie behandelt wird, bitte ich dringend um Rückruf unter der folgenden Telefonnummer:  
 \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am:

Mit der Weitergabe dieser Daten bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes/Stempel

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten

# Medizinischer Dokumentationsbogen

Übergabeprotokoll zum Erwachsenenhämostaseologen für Patienten mit Hämophilie

## Patient

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Blutgruppe \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_

## Angehöriger

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

## Bisher behandelnder Arzt

Klinik/Praxis \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

## Diagnose nach ICD-10-Code/Schweregrad (%)

Hämophilie A \_\_\_\_\_  
 Hämophilie B \_\_\_\_\_  
 vW-Syndrom \_\_\_\_\_  
 Erstdiagnose (M/J) \_\_\_\_\_

## Weitere chron. Erkrankung(en) (inkl. Gerinnungsstörungen)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Aktuelle Faktortherapie

Präparat \_\_\_\_\_  Tranexamsäure  
 Dosis \_\_\_\_\_  Desmopressin  
 Frequenz \_\_\_\_\_

## Besonderheiten der Therapie

Bedarfsbehandlung  
 Prophylaxe  
 Heimselbstbehandlung  
 seit (Jahr) \_\_\_\_\_

## Dokumentation

Substitutionskalender  
 Elektronisches Tagebuch

## Andere Medikamente

Präparat	Dosis	Frequenz	Seit wann
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Allergische Reaktionen auf Faktorpräparate oder andere Medikamente

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Faktorumstellungen in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Medikament von ... bis ..., ggf. Grund der Umstellung)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Hemmkörper (HK) in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Beginn; Art der ITT; max. HK-Titer; ZVK, Remission seit ...)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Operationen in der Kindheit

Wenn ja, bitte genauere Angaben (einschließlich kleine Zahn-OPs)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

## Zielgelenke

Ja – Wenn ja: Ellenbogen Kniegelenk Sprunggelenk Andere  
 Nein  links  rechts  links  rechts  links  rechts \_\_\_\_\_

## Arthropathie

Ja  
 Nein

## Letzte Laboruntersuchungen

(Ergebnisse siehe Arztbrief)

Gemessener Faktorlevel

• wann \_\_\_\_\_  Faktor VIII \_\_\_\_\_  
 • wo \_\_\_\_\_  Faktor IX \_\_\_\_\_

## Virusstatus

Hepatitis A \_\_\_\_\_  HIV  
 Hepatitis B \_\_\_\_\_  Andere:  
 Hepatitis C \_\_\_\_\_  
*IgM IgG HBsAg*

## Frühere Teilnahme an Studien (inkl. Pharmakovigilanz, Beobachtungsstudien, etc.)

Wenn ja, bitte genauere Angaben (Name der Studie, Dauer der Teilnahme)

Ja \_\_\_\_\_  
 Nein \_\_\_\_\_

Da der Patient aktuell in einer Studie behandelt wird, bitte ich dringend um Rückruf unter der folgenden Telefonnummer:  
 \_\_\_\_\_

Ausgefüllt am:

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes/Stempel

Mit der Weitergabe dieser Daten bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Patienten