

NOTFALLAUSWEIS

Arzt/Ärztin

Vor- und Nachname:

Praxisadresse:

Telefonnummer:

Behandlungszentrum

Adresse:

Telefonnummer:



Pfizer Pharma GmbH
Linkstraße 10 • 10785 Berlin

Dieses Druckerzeugnis wurde klimaneutral auf
ökologisch zertifiziertem Papier gedruckt.

Patient/-in

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

VERSTÄNDIGEN SIE IM NOTFALL BITTE

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

3513_2304_500_mwerk

GERINNUNGSSTÖRUNGEN

- Hämophilie A (VIII)
- Hämophilie B (IX)
- Hemmkörper-Hämophilie
- Von-Willebrand-Syndrom
- Thrombozytenfunktionsstörung

Sonstige Erkrankungen:

Allergien:

Bei einer Notfalltherapie oder einer Operation bitte immer Rücksprache mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt halten (Kontakt siehe umseitig).

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

Medikamente zur Behandlung der Gerinnungsstörung:

Dosierung:

- On Demand
- 2x/Woche
- Prophylaxe
- 3x/Woche

Andere:

Sonstige regelmäßig eingenommene Medikamente:

Blutgruppe

- A
- B
- 0

Rhesusfaktor

- Rhesus positiv
- Rhesus negativ