

# NOTFALLAUSWEIS

## Arzt/Ärztin

Vor- und Nachname:

Praxisadresse:

Telefonnummer:

## Behandlungszentrum

Adresse:

Telefonnummer:



**Pfizer Pharma GmbH**  
Friedrichstrasse 110 • 10117 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:

## 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:

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> On Demand | <input type="checkbox"/> Prophylaxe |
| <input type="checkbox"/> 2x/Woche  | <input type="checkbox"/> 3x/Woche   |

Andere:

Sonstige regelmäßig eingenommene Medikamente:

Blutgruppe

- |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> 0 |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

Rhesusfaktor

- |                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rhesus positiv | <input type="checkbox"/> Rhesus negativ |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|