

Patientenpass für:

.....
Vorname

.....
Nachname

Meine Adresse



.....
Nachname, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

Im Notfall zu verständigen



1

.....
Nachname, Vorname

.....
Telefon / E-Mail

2

.....
Nachname, Vorname

.....
Telefon / E-Mail

Meine Brustkrebs-Medikamente



Kisqali

Name

1 x täglich 2 Tabletten

3 Wochen Einnahme,

1 Woche Pause

Dosierung

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen



.....
Aromatasehemmer: Name

1 x täglich 1 Tablette

.....
Dosierung

.....
LHRH-/GnRH-Agonist: Name

.....
Dosierung

Meine behandelnden Ärzt*innen

Hausarzt*in

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Telefon

.....
E-Mail

Gynäkolog*in

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Telefon

.....
E-Mail

Zutreffendes bitte eintragen



Onkolog*in

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Telefon

.....
E-Mail

Krankenhaus/Brustzentrum

.....
Name Krankenhaus

.....
Vor- und Nachname

.....
Telefon

.....
E-Mail

Meine anderen Medikamente

1

Medikament

Dosierung

2

Medikament

Dosierung

Zutreffendes bitte eintragen



3

Medikament

Dosierung

4

Medikament

Dosierung

Meine Notfall-Medikamente

.....

.....

Meine Blutgruppe

.....

Bekannte Allergien



.....

.....

Bei Nebenwirkungen, unklaren Symptomen oder der Einnahme von neuen Medikamenten halten Sie bitte mit Ihren behandelnden Ärzt*innen Rücksprache.

Medizinischer InfoService von Novartis Pharma

(Mo.–Fr. von 08:00 bis 18:00 Uhr)

Telefon

0911 – 273 12 100

Fax

0911 – 273 12 160

E-Mail

infoservice.novartis@novartis.com

Webseite

www.infoservice.novartis.de

Live-Chat

www.chat.novartis.de

 **NOVARTIS**

Novartis Pharma GmbH, Nürnberg
www.leben-mit-brustkrebs.de