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

Hausärzt*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



Medikament

Dosierung

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

FA-11316866-1, Art.-Nr.: 1084575, 07/26

NOVARTIS

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