Patientenpass für:

.....

Vorname

.....

Nachname

Meine Adresse



Nachname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon / E-Mail

Im Notfall zu verständigen



1

Nachname, Vorname

Telefon / E-Mail

2

Nachname, Vorname

Telefon / E-Mail

Meine Medikamente für metastasierten Brustkrebs

KISQALI

Name

1 X TÄGLICH 3 TABLETTEN

3 WOCHEN EINNAHME, 1 WOCHE PAUSE

600 MG

Dosierung

Zutreffendes bitte eintragen



○ .....

Aromatasehemmer: Name

.....

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

Klinik/Brustzentrum

.....
Name Krankenhaus

.....
Vor- und Nachname

.....
Telefon

.....
E-Mail

Meine anderen Medikamente

1

Medikament

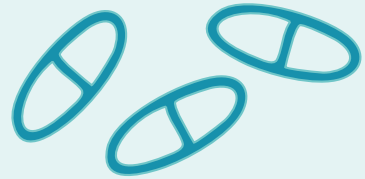
Dosierung

2

Medikament

Dosierung

Zutreffendes bitte eintragen



3

Medikament

Dosierung

4

Medikament

Dosierung

Meine Notfallmedikamente

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

FA-11755574, Art. Nr.: 7111677, 08/26