

Grunddaten:

Krankheit: PNH AA AA/PNH

Geschlecht: m w

Geburtsdatum:

Körpergröße: cm

Gewicht: kg am / /

Jahr der Erstdiagnose:

Weitere Erkrankungen:

Aktuelle Medikamente:

Besondere Medikamente:

- Kortison
- Cyclosporin
- Eculizumab
- Danazol (Androgentherapie)
- Antikoagulation.....

Unverträglichkeiten:

Port (implantiertes Kathetersystem): ja nein

Behandelnder Hämatologe:
(Bitte im Notfall baldmöglichst kontaktieren)

Email:

Der Träger dieses Ausweises ist PNH/AA-Patient

Bitte benachrichtigen Sie im Notfall den/die Angehörige(n)

Vorname/Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Aktuelle Medikation	
Arzt/Telefon	
Angehörige(r)/Telefon	

PNH/AA

Paroxysmale Nächtliche Hämoglobinurie / Aplastische Anämie

Patienten-Pass

www.lichterzellen.de

