



+
Patientenkalender
zur Behandlung mit
Immunglobulinen

Präparat:

Jahr:

Wichtige Kontaktdaten

Meine Daten

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer E-Mail

Diagnose Mein Körpergewicht Meine empfohlene Dosis

Behandlungszentrum

Name des Zentrums

Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin

Adresse

Telefonnummer E-Mail

Hausarzt/Hausärztin

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer E-Mail

Im Notfall zu benachrichtigen

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer E-Mail

Ihr Patientenkalender

Sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Patientin,

Ihnen wurde eine regelmäßige Infusion von Immunglobulinen verordnet. Diese Infusionen können zu Hause (s.c.) oder in der Klinikambulanz (i.v.) verabreicht werden. Ihr Patientenkalender hilft Ihnen, die Infusionen im Blick zu behalten sowie Begleitsymptome oder Fehlzeiten festzuhalten.

Dieser Patientenkalender dient auch dazu, die regelmäßigen Infusionen zu dokumentieren. Sie tragen einfach für jede Infusion die wesentlichen Daten ein. Mehr dazu finden Sie auf den Seiten 8 bis 10. Zur Therapie zählen natürlich auch die ärztlichen Kontrolluntersuchungen.

Nehmen Sie den Patientenkalender bitte zu **jedem** Arztbesuch mit. Anhand Ihrer Eintragungen kann der Verlauf Ihrer Therapie überprüft und es können ggf. Anpassungen vorgenommen werden.

Wichtige Termine auf einen Blick

Termin bei	Datum & Uhrzeit	Grund	Notizen

A series of 15 horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a template for handwriting practice.

So nutzen Sie Ihren Patientenkalender

Für jede Ihrer Infusionen hilft Ihnen dieser Patientenkalender, folgende Inhalte übersichtlich zu dokumentieren:

+ Körpergewicht

Tragen Sie zu Monatsbeginn Ihr Gewicht (in kg) in das vorgesehene Feld ein. Sollte Ihr Gewicht innerhalb eines Monats einmal stark schwanken, können Sie dies unter „Besonderheiten des Monats“ vermerken.

+ Dosis

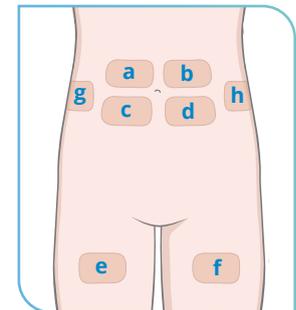
Notieren Sie die tatsächlich verabreichte Dosis an Immunglobulinen (in ml bzw. in g).

+ Infusionsdauer

Notieren Sie die Dauer der Infusion in Stunden (h) bzw. in Minuten (min).

+ Infusionsstelle (für subkutane Therapie)

Notieren Sie die Infusionsstelle, die Sie für die jeweilige Infusion verwendet haben, mit dem entsprechenden Buchstaben in Ihrem Patientenkalender. Denken Sie daran, die Bereiche bei jeder neuen Infusion zu wechseln, um etwaige Hautreaktionen zu vermeiden.



+ Besonderheiten mit der Infusion

Sollten bei einer Infusion Besonderheiten auftreten, können Sie diese hier vermerken.

+ Chargenaufkleber

Ziehen Sie den Aufkleber mit der Chargennummer von der Durchstechflasche ab und kleben ihn in das Feld „Chargenaufkleber“.

+ Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Krankenhaus (KH)

Markieren Sie Ihre Fehltage (FT) und die Tage, an denen Sie beim Arzt / bei einer Ärztin (A) oder im Krankenhaus (KH) sind, mit den entsprechenden Buchstaben.

+ Infekte (I), sonstige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)

Kennzeichnen Sie die Tage, an denen Sie zum Beispiel einen Infekt (I), Fieber (F) oder sonstige krankheitsbedingte Beschwerden haben (sB), mit den entsprechenden Buchstaben.

Notieren Sie ebenfalls, wenn Sie weitere Medikamente (wM) einnehmen müssen (einmalig auch den Namen des Medikaments).

Genaue Angaben zu den eingenommenen Medikamenten können Sie unter „Besonderheiten des Monats“ notieren.

So füllen Sie den Patientenkalender aus



JANUAR

Ihr Körpergewicht: ...70..... kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), sons- tige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2	40ml/8g	1h/60 min	a	Leichte Blutung an der Einstichstelle	Ch.-B.: 13R001AD Verwendbar bis: JUN-7-2027	A	I, F, wM (Cefuroxim)
3							I, F, wM
4							I, wM
5							I, wM (Aspirin)
6	40ml/8g	1h/60 min	c		Ch.-B.: 13R001AD Verwendbar bis: JUN-7-2027		I, wM
7							
8							
9							
10							
11							

Nützliche Ratschläge für den Tag der Infusion

Die folgenden Informationen können Ihnen helfen, den Tag der Infusion zu erleichtern:



Essen Sie etwas!
Die Immunglobuline sollten nicht auf nüchternen Magen verabreicht werden.



Prüfen Sie Ihre Fahrtauglichkeit nach der Infusion, sie kann aufgrund von Nebenwirkungen eingeschränkt sein.



Trinken Sie ausreichend!
Mindestens 2 Liter Wasser oder Tee.



Vermeiden Sie Stress.



Schonen Sie sich generell und ruhen Sie sich aus.



Planen Sie an diesem Tag keine größeren Anstrengungen; keine Gartenarbeit, keinen Haushalt, keine Prüfungen.



Tragen Sie die Immunglobulingabe immer in Ihrem Behandlungstagebuch ein und vermerken Sie eventuelle Besonderheiten.



Treiben Sie an diesem Tag keinen Sport und gehen Sie nicht schwimmen.



Bringen Sie Ihr Behandlungstagebuch stets zur Therapie oder zum Arztbesuch mit.



Meiden Sie zu starke Sonneneinstrahlung.



JANUAR

Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), sons- tige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Besonderheiten des Monats

JANUAR

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



FEBRUAR

Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), sons- tige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

Besonderheiten des Monats

FEBRUAR

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), son- stige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Besonderheiten des Monats

MÄRZ

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional notes.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points.



Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), son- stige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

Besonderheiten des Monats

APRIL

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional notes.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), son- stige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Besonderheiten des Monats

MAI

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars stacked vertically, providing space for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars stacked vertically, providing space for discussion points with a doctor.



Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), son- stige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

Besonderheiten des Monats

JUNI

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

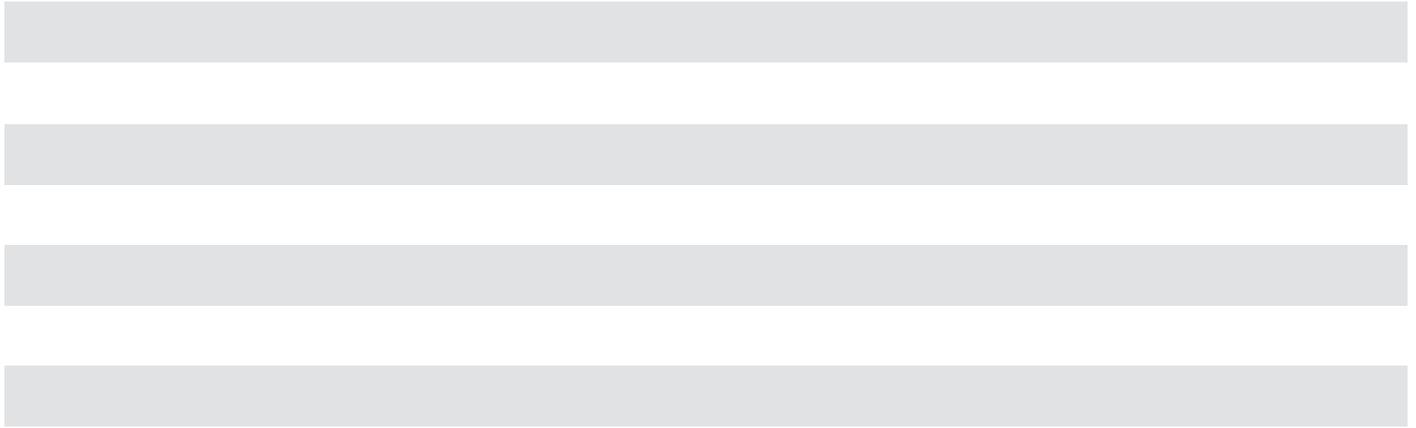
sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars stacked vertically, providing space for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars stacked vertically, providing space for discussion points with a doctor.



JULI

Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusionsdauer (in h/min)	Infusionsstelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Krankenhaus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), sonstige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Besonderheiten des Monats

JULI

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



AUGUST

Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), son- stige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Besonderheiten des Monats

AUGUST

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



SEPTEMBER

Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), sons- tige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

Besonderheiten des Monats

SEPTEMBER

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), son- stige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Besonderheiten des Monats

OKTOBER

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



NOVEMBER

Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), sons- tige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

Besonderheiten des Monats

NOVEMBER

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.



DEZEMBER

Ihr Körpergewicht: kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltage (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekt (I), Fieber (F), son- stige krankheitsbedingte Beschwerden (sB), weitere Medikamente (wM)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

Besonderheiten des Monats

DEZEMBER

Weitere Medikamente, die Sie einnehmen

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Wie ist Ihr Gesamtbeefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

Weitere Bemerkungen

Four horizontal grey bars for additional remarks.

Gibt es etwas, das Sie mit Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin besprechen möchten?

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.

Bitte denken Sie daran, sich rechtzeitig zum Jahresende einen neuen Patientenkalender von Ihrem Behandlungszentrum bzw. von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin mitgeben zu lassen.

Kennen Sie die ID+ App?

Mit der **ID+** App können Sie Details zu Ihrer Erkrankung und Immunglobulin-Behandlung elektronisch an einem Ort dokumentieren. Die App dient zur Erfassung und Speicherung Ihrer Therapiedaten und hält diese gesammelt zur Vorbereitung auf Ihr Arztgespräch für Sie bereit.



Die **ID+ App** ist für Patient:innen kostenfrei im App Store und bei Google Play erhältlich unter dem Suchwort „**ID+ App**“.



Informationen rund um die Erkrankung und Materialien zum Bestellen und Downloaden finden Sie auf folgenden Websites:



Immundefekte
www.immundefekt.com



Chronische inflammatorische
demyelinisierende
Polyneuropathie (CIDP)
www.cidp-gbs-mmn.de



Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG
Potsdamer Str. 125 • 10783 Berlin
www.takeda.de

© 2024 Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG. Alle Rechte vorbehalten. Takeda und  sind eingetragene Marken der Takeda Pharmaceutical Company Limited.

EXA/DE//1524_TPS4006_07.2024