Falithrom® Notfall-Ausweis

Name: ..... Vorname: .....

..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

..... Telefon: .....

Blutgruppe: ..... Diagnose: .....

Stempel bzw. Anschrift
des behandelnden Arztes/der Klinik

Datum	INR Wert	Quick Wert %	Verordnung							Bemerkungen
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

Falithrom® Notfall-Ausweis

Dieser Patient wird mit Falithrom® (Wirkstoff: Phenprocoumon) behandelt. Es besteht eine erhöhte Blutungsgefahr. Im Notfall erteilt der behandelnde Arzt Auskunft.

Name des Arztes: .....

Adresse: .....

.....

..... Telefon: .....

ROVI GmbH · Rudolf-Diesel-Ring 6 · 83607 Holzkirchen · www.rovi.com/de

Datum	INR Wert	Quick Wert %	Verordnung							Bemerkungen
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

Hinweis:
Wenn Sie einmal vergessen sollten, Falithrom® einzunehmen, dürfen Sie auf keinen Fall zur nächsten Einnahmezeit die vorgeschriebene Anzahl Tabletten überschreiten, da eine Dosissteigerung die Blutungsgefahr erhöht.

ROVI GmbH
Rudolf-Diesel-Ring 6 · 83607 Holzkirchen · Deutschland
Telefon: + 49 8024 4782955 Fax: + 49 8024 4782957
E-Mail: inforovigmbh@rovi.com www.rovi.com/de

FALI-DE-10-19/001

Datum	INR Wert	Quick Wert %	Verordnung							Bemerkungen
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben vom Arzt Ihres Vertrauens Falithrom® verordnet bekommen. Falithrom® setzt die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herab, deshalb erfordert die Einnahme dieses Medikamentes Ihre absolut zuverlässige Mitarbeit. Bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse die folgenden Hinweise sorgfältig:

1. Legen Sie diesen Ausweis bei **jedem** ärztlichen oder zahnärztlichen Besuch dem behandelnden Arzt vor.
2. Gehen Sie regelmäßig an dem für Sie reservierten Termin zur Blutentnahme.
3. Nehmen Sie die in diesem Ausweis angegebene Anzahl Falithrom® Tabletten immer auf einmal zur selben Uhrzeit ein.
4. Nehmen Sie während der Behandlung mit Falithrom® **keine** anderen Arzneimittel ein, wenn Sie nicht von Ihrem Arzt verordnet wurden.
5. Informieren Sie bei Blutungen (blutiger Urin, Nasenbluten, starker Bluterguss), bei Ausbleiben der Monatsblutung (mögliche Schwangerschaft) und bei fieberhaften Erkrankungen **sofort** den behandelnden Arzt.
6. In Schwangerschaft und Stillzeit darf Falithrom® nicht eingenommen werden.

Datum	INR Wert	Quick Wert %	Verordnung							Bemerkungen
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

Verordnetes Präparat:

☐ **Falithrom® 1,5 mg mite**
(1,5 mg Phenprocoumon/Filmtablette)

☐ **Falithrom®**
(3 mg Phenprocoumon/Filmtablette)

Ziel-INR-Wert:

Datum	INR Wert	Quick Wert %	Verordnung							Bemerkungen
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	

Datum	INR Wert	Quick Wert %	Verordnung							Bemerkungen
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	