

+  
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 zur Therapie eines Antikörpermangels 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 wegen Infektionen 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.

# Der Antikörpermangel und seine Therapie

Ein Antikörpermangel geht mit einer Störung der Produktion von ausreichend schützenden Antikörpern einher. Aufgrund dieses Mangels sind die Betroffenen ohne Behandlung vermehrt infektanfällig.

Eine regelmäßige Infusion von Immunglobulinen ist daher dringend erforderlich. Bei frühzeitiger Diagnose ermöglicht eine solche Therapie ein weitgehend normales Leben. Immunglobuline können subkutan (s.c.) oder intravenös (i.v.) verabreicht werden.





# 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

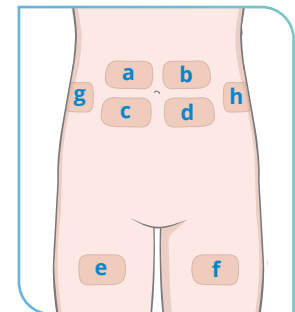
Notieren Sie die tatsächlich verabreichte Dosis an Immunglobulinen (in ml bzw. in g).

## + 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), Fieber (F), Antibiotika (AB), weitere Medikamente (wM)

Kennzeichnen Sie die Tage, an denen Sie einen Infekt (I) oder Fieber (F) haben, mit den entsprechenden Buchstaben.

Notieren Sie ebenfalls mit dem entsprechenden Buchstaben (und einmalig den Namen des Medikaments), wenn Sie Antibiotika (AB) oder weitere Medikamente (wM) einnehmen müssen.

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

# So füllen Sie den Patientenkalender aus

## JANUAR

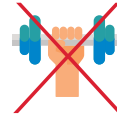
Ihr Körpergewicht: 70 kg

Datum	Dosis (in ml/g)	Infusions- dauer (in h/min)	Infusions- stelle (s. Seite 8)	Besonderheiten mit der Infusion	Chargenaufkleber	Fehltag(e) (FT), Arztbesuch (A), Kranken- haus (KH)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), weitere Medikamente (wM)
1							
2	40ml/8g	1h/60 min	a	Leichte Blutung an der Einstichstelle	Ch.-B.: 13R001AD Verwendbar bis: JUN-7-2023	A	I, F, AB (Cefuroxim)
3							I, F, AB
4							I, AB
5							I, AB, wM (Aspirin)
6	40ml/8g	1h/60 min	c		Ch.-B.: 13R001AD Verwendbar bis: JUN-7-2023		I, AB
7							
8							
9							
10							
11							

# Nützliche Ratschläge für den Tag der Infusion



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



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



Trinken Sie ausreichend!  
Mindestens 2 Liter Wasser oder Tee.



Vermeiden Sie Stress.



Schonen Sie sich  
und ruhen Sie sich aus.



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



Tragen Sie die Immunglobulin-Gabe immer in Ihrem Patientenkalender ein und vermerken Sie eventuelle Besonderheiten.



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



Bringen Sie Ihren Patientenkalender immer 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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

Five horizontal grey bars for additional remarks.

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

MÄRZ

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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

Five horizontal grey bars for additional remarks.

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.

APRIL

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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

MAI

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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

# JUNI

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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

Five horizontal grey bars for additional remarks.

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

Three horizontal grey bars for discussion points with a doctor.

JULI

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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

## 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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

# 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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

## OKTOBER

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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

# 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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

# 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)	Infekte (I), Fieber (F), Antibiotika (AB), 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

Therapie von akuten Infekten durch Antibiotika:

Antibiotika-Präparat	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

Weitere Medikamente

Medikament	Einnahme seit (Datum)	Einnahmedauer/Grund

## Weitere Bemerkungen

---

---

---

---

---

Wie ist Ihr Gesamtbefinden für den Monat?

sehr gut

gut

schlecht

sehr schlecht

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

---

---

---

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



Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG  
Potsdamer Str. 125  
10783 Berlin  
[www.takeda.de](http://www.takeda.de)