

# Infusionspass

Für die Behandlung  
mit Entyvio®  
(Vedolizumab)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße

Nr.

Wohnort



Datum	Chargen-Nummer	Anmerkungen / Besonderheiten	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Datum	Chargen-Nummer	Anmerkungen / Besonderheiten	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Bitte Praxisstempel und Unterschrift eintragen:

Unterschrift

## Infusionspass

### Für die Behandlung mit Entyvio® (Vedolizumab)

Vorname  Nachname

Geburtsdatum

Straße  Nr.

Wohnort

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

Dieser Infusionspass unterstützt Sie dabei Ihre Therapie mit Entyvio besser zu organisieren. Bitten Sie die medizinische Fachassistenz, jede Infusion zu vermerken und eventuelle Besonderheiten einzutragen. Mit diesen Informationen fällt es dem medizinischen Personal später leichter, neu auftretende Beschwerden einzuordnen. Außerdem können Sie hier Notizen über Veränderungen vermerken, die Sie seit Ihrem letzten Infusionstermin beobachtet haben.

Noch ein Tipp: Lassen Sie sich nach jeder Infusion gleich einen Termin für die nächste Behandlung geben und diesen auf der letzten Seite des Infusionspasses vermerken. So verpassen Sie garantiert keinen Termin!



**Bei Terminverhinderung bitte rechtzeitig absagen.**

Nächster Infusionstermin	Uhrzeit

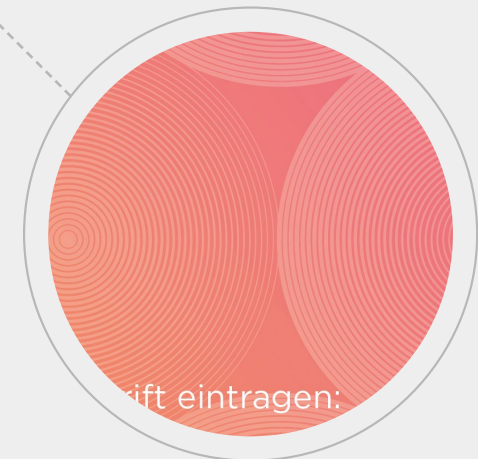
Datum	Chargen-Nummer	Anmerkungen/Besonderheiten	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Datum	Chargen-Nummer	Anmerkungen/Besonderheiten	Unterschrift
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Bitte Praxisstempel und Unterschrift eintragen:

Unterschrift

Takeda Pharma Vertrieb © 2014 GmbH & Co. KG  1107100699



Unterschrift eintragen:

Detail