intersero

Substitutionskalender

In Zusammenarbeit mit

dhr
Deutsches Hämophilieregister

Patient

Name, Vorname _____

Str. Hausnr. _____

PLZ Wohnort _____

Telefon (privat) _____ (mobil) _____

Hämophiliezentrum / Hämophiliebehandler

Name _____

Str. Hausnr. _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Notfalltelefon _____

Hausarzt

Name _____

Str. Hausnr. _____

PLZ Ort _____

Telefon _____

Notfalltelefon _____

Im Notfall zu benachrichtigen

Name, Vorname _____

Str. Hausnr. _____

PLZ Wohnort _____

Telefon (privat) _____ (mobil) _____

Name, Vorname _____

Str. Hausnr. _____

PLZ Wohnort _____

Telefon (privat) _____ (mobil) _____

(vom Arzt auszufüllen)

Lieber Patient,

dieser Kalender dient dazu, alle Faktorensubstitutionen eines Kalenderjahres sorgfältig zu dokumentieren. Das Paul-Ehrlich-Institut, welches für die Zulassung und Chargenfreigabe von Gerinnungsfaktoren verantwortlich ist, weist darauf hin, dass die Dokumentation der Faktorensubstitutionen nach § 14 des Transfusionsgesetzes Pflicht ist. Neben dieser Dokumentationspflicht dient die genaue Behandlungsdokumentation Ihrer eigenen Sicherheit.

Bitte tragen Sie **jede** Substitution von Gerinnungsfaktoren in Ihren Kalender ein: Die Mengen, die Sie sich (oder Ihrem Kind) selbst gespritzt haben (bzw. Ihr zuständiger Hämophiliebehandler), und im Gegensatz dazu, was Sie von anderen Ärzten bei einer ambulanten Operation (z. B. Zahnarzt) oder im Rahmen eines stationären Aufenthalts (im In- oder Ausland) erhalten haben.

Was muss in welcher Form in die Kalenderseiten eingetragen werden?

Präparat:	Name Ihres Gerinnungsfaktors
Uhrzeit:	Exakte Uhrzeit der Infusion
Vollständige Chargennummer:	Bitte das Dokumentationsetikett einkleben. Sollten Sie nacheinander Flaschen aus derselben Charge benutzen, genügen auch Wiederholungsstriche (").
Verabreicht von bzw. wo:	Machen Sie mit einem Kreuz kenntlich, ob Sie sich den Faktor selbst gespritzt haben (bzw. Ihr Behandler) oder ihn im ambulanten oder stationären Bereich (also nicht bei zuständigen Behandler/Zentrum) erhalten haben.
Anlass:	Wählen Sie zwischen Prophylaxe, Blutung spontan, Blutung traumatisch oder Operation.
Blutungsort:	Machen Sie Ihr Kreuz im entsprechenden Feld des Blutungsortes. Bei Blutungen an „anderen" Orten oder Besonderheiten notieren Sie das unter „Bemerkungen".
Fehltage:	Hämophilie-bedingte Fehltage als Kreuz (X), andere Fehltage (Grippe etc.) als Kreis (◯) eintragen.
Bemerkungen:	Hier notieren Sie alles, was sie als wichtig erachten, z. B. zusätzliche Informationen zum Blutungsort, sonstige Erkrankungen, Medikamente oder Unverträglichkeiten.
Körpergewicht:	Bitte jeweils am Monatsanfang eintragen

Beachten Sie die Nachtragsseiten am Ende Ihres Kalenders:

Sollte bei einem Blutungsereignis der Platz in der Zeile nicht ausreichen, verweisen Sie im Feld „Bemerkungen" darauf und kleben alle weiteren Etiketten unter Angabe von Datum, Uhrzeit und Menge auf den Nachtragsseiten ein.

Am unteren Ende jeder Seite kann Ihr Behandler bzw. die Hämophilieschwester Ihre Angaben für die Dateneingabe ins Deutsche Hämophilieregister (DHR) einfach zusammenstellen.

Bitte bringen Sie Ihr Substitutionstagebuch unbedingt zu jedem Besuch Ihres Hämophiliebehandlungszentrums mit!
Sie sollten mindestens zweimal pro Jahr einen Termin mit Ihrem Behandler/Ihrem Zentrum vereinbaren.

Art der Gerinnungsstörung: _____

Restaktivität in [%]: _____

Behandlungschema: bei Bedarf ● Prophylaxe ● vom _____ bis _____

Behandlung: Präparat: _____

Dosierung: _____

Zeitpunkt der Gabe: _____

Arzneimitteltyp: Faktor VIII ● plasmatisch ●

Faktor IX ● rekombinant ●

Nur für den Fall, dass das Behandlungsschema in diesem Jahr geändert werden muss(te).

Behandlungschema: bei Bedarf ● Prophylaxe ● vom _____ bis _____

Behandlung: Präparat: _____

Dosierung: _____

Zeitpunkt der Gabe: _____

Arzneimitteltyp: Faktor VIII ● plasmatisch ●

Faktor IX ● rekombinant ●

Beispiel

Januar 2020				Präparat: **Faktor XY**	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Mi.											
2.	Do.	**20:15**	**3000**	**837498535u23ndfs8342**	X					X		
3.	Fr.	**06:30** **14:00**	**3000** **3000**	**54448etwg469788646** "			X			X		
4.	Sa.	**8:15**	**2000**	"	X					X		
5.	So.											
6.	Mo.											
7.	Di.											
8.	Mi.											
9.	Do.											
10.	Fr.											
11.	Sa.											
12.	So.											
13.	Mo.											
14.	Di.											
15.	Mi.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			
			11000	**3**		**0**	**0**		**11000**			

Beispiel

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: **65,8 kg**
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
				X				**am Ellenbogen gestoßen, zuerst nichts bemerkt, erst zuhause dann gespritzt**
							X	**morgens sicherheitshalber in die Klinik gefahren, bis abends geblieben**
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	
			1				**1**	

Beispiel

Dezember 2020				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Di.											
2.	Mi.											
3.	Do.											
4.	Fr.											
5.	Sa.											
6.	So.											
7.	Mo.											
8.	Di.											
9.	Mi.											
10.	Do.											
11.	Fr.											
12.	Sa.											
13.	So.											
14.	Mo.											
15.	Di.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Dezember 2020				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Mi.											
17.	Do.											
18.	Fr.											
19.	Sa.											
20.	So.											
21.	Mo.											
22.	Di.											
23.	Mi.											
24.	Do.											
25.	Fr.											
26.	Sa.											
27.	So.											
28.	Mo.											
29.	Di.											
30.	Mi.											
31.	Do.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Januar 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Fr.											
2.	Sa.											
3.	So.											
4.	Mo.											
5.	Di.											
6.	Mi.											
7.	Do.											
8.	Fr.											
9.	Sa.											
10.	So.											
11.	Mo.											
12.	Di.											
13.	Mi.											
14.	Do.											
15.	Fr.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Januar 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Sa.											
17.	So.											
18.	Mo.											
19.	Di.											
20.	Mi.											
21.	Do.											
22.	Fr.											
23.	Sa.											
24.	So.											
25.	Mo.											
26.	Di.											
27.	Mi.											
28.	Do.											
29.	Fr.											
30.	Sa.											
31.	So.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Februar 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Mo.											
2.	Di.											
3.	Mi.											
4.	Do.											
5.	Fr.											
6.	Sa.											
7.	So.											
8.	Mo.											
9.	Di.											
10.	Mi.											
11.	Do.											
12.	Fr.											
13.	Sa											
14.	So.											
15.	Mo.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Februar 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Di.											
17.	Mi.											
18.	Do.											
19.	Fr.											
20.	Sa.											
21.	So.											
22.	Mo.											
23.	Di.											
24.	Mi.											
25.	Do.											
26.	Fr.											
27.	Sa.											
28.	So.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

März 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Mo.											
2.	Di.											
3.	Mi.											
4.	Do.											
5.	Fr.											
6.	Sa.											
7.	So.											
8.	Mo.											
9.	Di.											
10.	Mi.											
11.	Do.											
12.	Fr.											
13.	Sa											
14.	So.											
15.	Mo.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

März 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Di.											
17.	Mi.											
18.	Do.											
19.	Fr.											
20.	Sa.											
21.	So.											
22.	Mo.											
23.	Di.											
24.	Mi.											
25.	Do.											
26.	Fr.											
27.	Sa.											
28.	So.											
29.	Mo.											
30.	Di.											
31.	Mi.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

April 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Do.											
2.	Fr.											
3.	Sa.											
4.	So.											
5.	Mo.											
6.	Di.											
7.	Mi.											
8.	Do.											
9.	Fr.											
10.	Sa.											
11.	So.											
12.	Mo.											
13.	Di.											
14.	Mi.											
15.	Do.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

April 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Fr.											
17.	Sa.											
18.	So.											
19.	Mo.											
20.	Di.											
21.	Mi.											
22.	Do.											
23.	Fr.											
24.	Sa.											
25.	So.											
26.	Mo.											
27.	Di.											
28.	Mi.											
29.	Do.											
30.	Fr.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Mai 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Sa.											
2.	So.											
3.	Mo.											
4.	Di.											
5.	Mi.											
6.	Do.											
7.	Fr.											
8.	Sa.											
9.	So.											
10.	Mo.											
11.	Di.											
12.	Mi.											
13.	Do.											
14.	Fr.											
15.	Sa.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb.OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Mai 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	So.											
17.	Mo.											
18.	Di.											
19.	Mi.											
20.	Do.											
21.	Fr.											
22.	Sa.											
23.	So.											
24.	Mo.											
25.	Di.											
26.	Mi.											
27.	Do.											
28.	Fr.											
29.	Sa.											
30.	So.											
31.	Mo.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: ____________
Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			

Juni 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Di.											
2.	Mi.											
3.	Do.											
4.	Fr.											
5.	Sa.											
6.	So.											
7.	Mo.											
8.	Di.											
9.	Mi.											
10.	Do.											
11.	Fr.											
12.	Sa.											
13.	So.											
14.	Mo.											
15.	Di.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Juni 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Mi.											
17.	Do.											
18.	Fr.											
19.	Sa.											
20.	So.											
21.	Mo.											
22.	Di.											
23.	Mi.											
24.	Do.											
25.	Fr.											
26.	Sa.											
27.	So.											
28.	Mo.											
29.	Di.											
30.	Mi.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Juli 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Do.											
2.	Fr.											
3.	Sa.											
4.	So.											
5.	Mo.											
6.	Di.											
7.	Mi.											
8.	Do.											
9.	Fr.											
10.	Sa.											
11.	So.											
12.	Mo.											
13.	Di.											
14.	Mi.											
15.	Do.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Juli 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Fr.											
17.	Sa.											
18.	So.											
19.	Mo.											
20.	Di.											
21.	Mi.											
22.	Do.											
23.	Fr.											
24.	Sa.											
25.	So.											
26.	Mo.											
27.	Di.											
28.	Mi.											
29.	Do.											
30.	Fr.											
31.	Sa.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

August 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	So.											
2.	Mo.											
3.	Di.											
4.	Mi.											
5.	Do.											
6.	Fr.											
7.	Sa											
8.	So.											
9.	Mo.											
10.	Di.											
11.	Mi.											
12.	Do.											
13.	Fr.											
14.	Sa.											
15.	So.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

August 2020				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Mo.											
17.	Di.											
18.	Mi.											
19.	Do.											
20.	Fr.											
21.	Sa.											
22.	So.											
23.	Mo.											
24.	Di.											
25.	Mi.											
26.	Do.											
27.	Fr.											
28.	Sa.											
29.	So.											
30.	Mo.											
31.	Di.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

September 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Mi.											
2.	Do.											
3.	Fr.											
4.	Sa.											
5.	So.											
6.	Mo.											
7.	Di.											
8.	Mi.											
9.	Do.											
10.	Fr.											
11.	Sa.											
12.	So.											
13.	Mo.											
14.	Di.											
15.	Mi.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

September 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Do.											
17.	Fr.											
18.	Sa.											
19.	So.											
20.	Mo.											
21.	Di.											
22.	Mi.											
23.	Do.											
24.	Fr.											
25.	Sa.											
26.	So.											
27.	Mo.											
28.	Di.											
29.	Mi.											
30.	Do.											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Oktober 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Fr.											
2.	Sa.											
3.	So.											
4.	Mo.											
5.	Di.											
6.	Mi.											
7.	Do.											
8.	Fr.											
9.	Sa.											
10.	So.											
11.	Mo.											
12.	Di.											
13.	Mi.											
14.	Do.											
15.	Fr.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Oktober 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Sa.											
17.	So.											
18.	Mo.											
19.	Di.											
20.	Mi.											
21.	Do.											
22.	Fr.											
23.	Sa.											
24.	So.											
25.	Mo.											
26.	Di.											
27.	Mi.											
28.	Do.											
29.	Fr.											
30.	Sa.											
31.	So.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

November 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Mo.											
2.	Di.											
3	Mi.											
4.	Do.											
5.	Fr.											
6.	Sa.											
7.	So.											
8.	Mo.											
9.	Di.											
10.	Mi.											
11.	Do.											
12.	Fr.											
13.	Sa.											
14.	So.											
15.	Mo.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

November 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Di.											
17.	Mi.											
18.	Do.											
19.	Fr.											
20.	Sa.											
21.	So.											
22.	Mo.											
23.	Di.											
24.	Mi.											
25.	Do.											
26.	Fr.											
27.	Sa.											
28.	So.											
29.	Mo.											
30.	Di.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Dezember 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Mi.											
2.	Do.											
3.	Fr.											
4.	Sa.											
5.	So.											
6.	Mo.											
7.	Di.											
8.	Mi.											
9.	Do.											
10.	Fr.											
11.	Sa.											
12.	So.											
13.	Mo.											
14.	Di.											
15.	Mi											
Angaben für DHR			Gesamt-summe: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Ein-heiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfs-behandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Dezember 2021				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	Do.											
17.	Fr.											
18.	Sa.											
19.	So.											
20.	Mo.											
21.	Di.											
22.	Mi.											
23.	Do.											
24.	Fr.											
25.	Sa.											
26.	So.											
27.	Mo.											
28.	Di.											
29.	Mi.											
30.	Do.											
31.	Fr.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Januar 2022				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
1.	Sa.											
2.	So.											
3.	Mo.											
4.	Di.											
5.	Mi.											
6.	Do.											
7.	Fr.											
8.	Sa.											
9.	So.											
10.	Mo.											
11.	Di.											
12.	Mi.											
13.	Do.											
14.	Fr.											
15.	Sa.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Januar 2022				Präparat: _____	Verabreicht von / wo (X)			Anlass (X)				
Datum		Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer
16.	So.											
17.	Mo.											
18.	Di.											
19.	Mi.											
20.	Do.											
21.	Fr.											
22.	Sa.											
23.	So.											
24.	Mo.											
25.	Di.											
26.	Mi.											
27.	Do.											
28.	Fr.											
29.	Sa.											
30.	So.											
31.	Mo.											
Angaben für DHR			Gesamtsumme: Verbrauch (IE) (Addieren Sie die Einheiten!)	Summe: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		Amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	Bedarfsbehandlung (Addieren Sie die Einheiten)			

Fehltage: Hämophiliebedingt als X, andere Fehltage (Grippe etc.) als O

Blutungsort [X]							Fehltage (X oder O), siehe unten	Gewicht: _____
Sprung-gelenk		Knie		Ellen-bogen		anderer		Bemerkungen
re	li	re	li	re	li			
Substitutionsbedürftige Blutungen (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt	

Nachtrag zum Blutungsereignis

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett

Nachtrag zum Blutungsereignis

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett

Nachtrag zum Blutungsereignis

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett

Nachtrag zum Blutungsereignis

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett

Nachtrag zum Blutungsereignis

Datum	Uhrzeit	Einheiten	Chargennummer-Abreißetikett

2021

Januar

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				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

Februar

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
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

März

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
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				

April

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			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		

Mai

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
					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						

Juni

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	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				

Juli

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			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	

August

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						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					

September

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		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			

Oktober

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				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

November

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
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					

Dezember

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		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		

Dokumentation der neu erhaltenen Präparatmengen

Datum	Name des Präparats	Menge

Zusammenfassung der Dokumentation

Monat	Präparat(e)	Verabreichte Einheiten
Januar		
Februar		
März		
April		
Mai		
Juni		
Juli		
August		
September		
Oktober		
November		
Dezember		

	Chargennummer	geliefert von	verwendbar bis

	Körpergewicht	Anzahl der Blutungen	Anzahl der hämophilie-bedingten Fehltage

Notizen

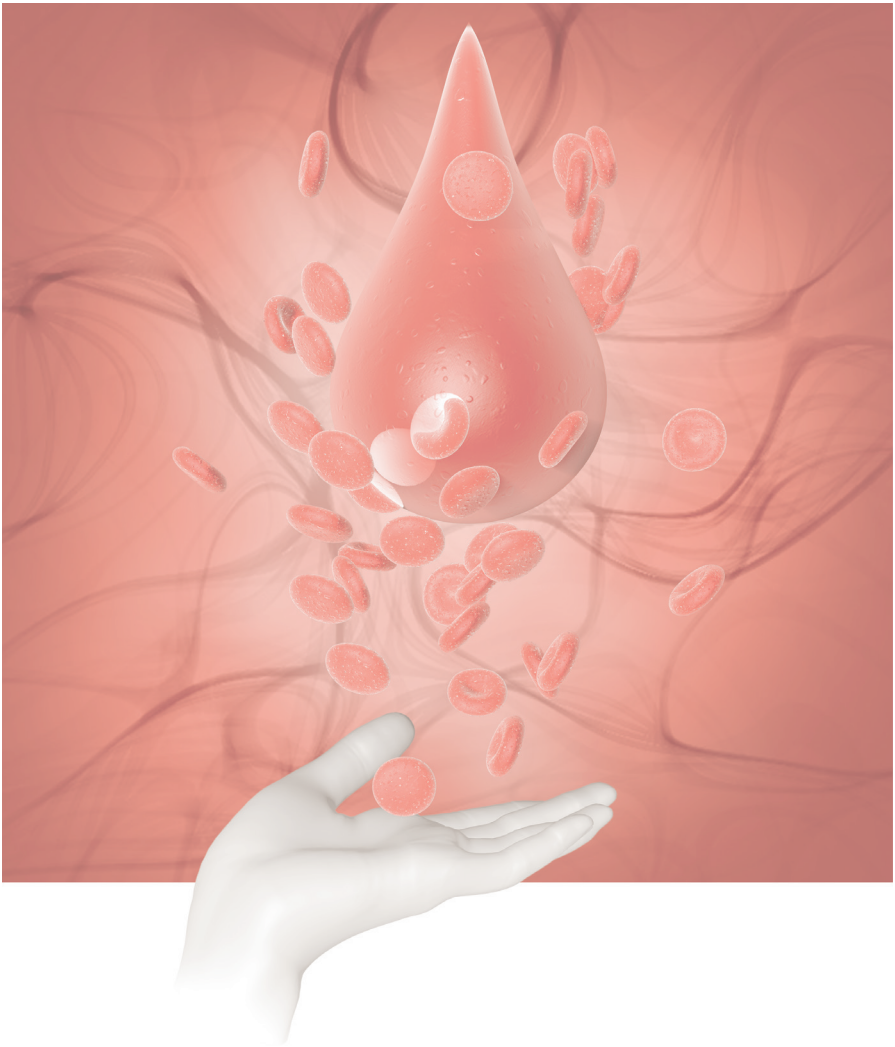
Notizen

Notizen

Notizen

Schulferien 2021/2022

	Winter	Ostern	Pfingsten	Sommer	Herbst	Weihnachten
Baden-Württemb.	–	01.04.–10.04.	25.05.–05.06.	29.07.–11.09.	31.10.–06.11.	23.12.–08.01.
Bayern	15.02.–19.02.	29.03.–10.04.	25.05.–04.06.	30.07.–13.09.	02.11..–05.11. + 17.11.	24.12.–08.01.
Berlin	01.02.–06.02.	29.03.–10.04.	14.05.	24.06.–06.08.	11.10.–23.10.	24.12.–31.12.
Brandenburg	01.02.–06.02.	29.03.–9.04.	–	24.06.–07.08.	11.10.–23.10.	23.12.–31.12.
Bremen	01.02.–02.02.	27.03.–10.04.	14.05. + 25.05.	22.07.–01.09.	18.10.–30.10.	23.12.–08.01.
Hamburg	29.01.	01.03.–12.03.	10.05.–14.05.	24.06.–04.08.	04.10.–15.10.	23.12.–04.01.
Hessen	–	06.04.–16.04.	–	19.07.–27.08.	11.10.–23.10.	23.12.–08.01.
Mecklenb.-Vorp.	06.02.–19.02.	29.03.–07.04.	14.05. + 21.05.–25.05.	21.06.–31.07.	02.10.–9.10. + 01.11. –02.11.	22.12.–31.12.
Niedersachsen	01.02.–02.02.	29.03.–09.04.	14.05. + 25.05.	22.07.–01.09.	18.10.–29.10.	23.12.–07.01.
NRW	–	29.03.–10.04.	25.05.	05.07.–17.08.	11.10.–23.10.	24.12.–08.01.
Rheinland-Pfalz	–	29.03.–06.04.	25.05.–02.06.	19.07.–27.08.	11.10.–22.10.	23.12.–31.12.
Saarland	17.02.–19.02.	29.03.–07.04.	25.05.–28.05.	19.07.–27.08.	18.10.–29.10.	23.12.–03.01.
Sachsen	08.02.–20.02.	02.04.–10.04.	14.05.	26.07.–03.09.	18.10.–30.10.	23.12.–01.01.
Sachsen-Anhalt	08.02.–13.02.	29.03.–03.04.	10.05.–22.05.	22.07.–01.09.	25.10.–30.10.	22.12.–08.01.
Schleswig-Holstein	–	01.04.–16.04.	14.05.–15.05.	21.06.–31.07.	04.10.–16.10.	23.12.–08.01.
Thüringen	08.02.–13.02.	29.03.–10.04.	14.05.	26.07.–04.09.	25.10.–06.11.	23.12.–31.12.

intersero

Intersero GmbH
Am Klingenweg 13
65396 Walluf
Telefon 0 61 23 79 55 10
Fax 0 61 23 79 55 129
E-Mail info@intersero.de
www.intersero.de