

ANTISTOLLINGSPAS

IK HEB DE DIAGNOSE VAN ATRIUMFIBRILLEREN GEKREGEN
EN IK WORD BEHANDELD MET EEN BLOEDVERDUNNER SINDS:

Maand: _____ Jaar: _____

DE NAAM VAN MIJN BLOEDVERDUNNER IS: _____

DEZE BLOEDVERDUNNER HEEFT EEN SPECIFIEK OMKEERMIDDEL
(te gebruiken in geval van nood):

- nee
 ja, de naam van dit omkeermiddel is _____

ANTISTOLLINGSPAS

INFORMATIE VOOR PROFESSIONALS UIT DE
GEZONDHEIDSZORG

NAAM PATIËNT: _____

CONTACTPERSOON IN GEVAL VAN NOOD:

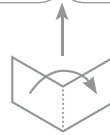
Naam: _____

Telefoonnummer: _____

BE/PRA-181160a 04/2018



Opmerking: Zorg ervoor dat u deze kaart op 100% afdrukt.
Vul de kaart in en houd ze steeds bij u.



Knip de kaart langs de lijn aangegeven
met het schaarje uit en vouw ze.