

Liebe Patientin, lieber Patient,
Um das Risiko, einen Schlaganfall und Blutgefäßverschluss zu erleiden, so gering wie möglich zu halten, ist es wichtig, dass Sie Eliquis® regelmässig und immer genau nach der Anweisung Ihres Arztes bzw. Ihrer Ärztin einnehmen. Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker bzw. Ihre Ärztin oder Apothekerin, wenn Sie nicht sicher sind. Die übliche Dosis bei Patienten mit Vorhofflimmern beträgt eine Tablette zweimal täglich, beispielsweise eine morgens und eine abends. Die Einnahme kann mit oder ohne Nahrung erfolgen. In diesem Kalender können Sie die 2 x tägliche Einnahme von Eliquis® notieren und behalten somit einen Überblick über Ihre Tabletteneinnahme.

Sie haben diese Broschüre erhalten, weil Ihnen Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin Eliquis® zur Vorbeugung von Schlaganfällen bei Vorhofflimmern verordnet hat. Dieser Einnahme-Kalender kann keinen ärztlichen Rat ersetzen. Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an Ihren Arzt / Ihre Ärztin oder Ihren Apotheker / Ihre Apothekerin. Bitte lesen Sie auch die Packungsbeilage für Patienten aufmerksam durch, die jeder Packung von Eliquis® beiliegt.

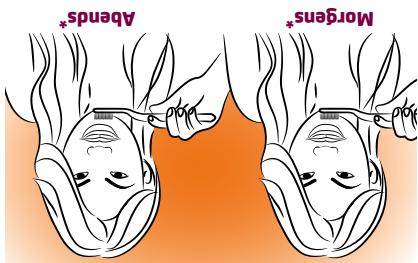
Name, Vorname

für Ihre regelmässige Einnahme von Eliquis® zur Vorbeugung von Schlaganfällen und Blutgefäßverschlüssen bei Patienten mit Vorhofflimmern

EINNAHME-KALENDER

Praxisstempel

Die übliche Dosis bei Patienten mit Vorhofflimmern beträgt eine Tablette zweimal täglich, beispielsweise eine morgens und eine abends. Nehmen Sie Eliquis® immer genau nach der Anweisung Ihres Arztes bzw. Ihrer Ärztin ein. Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker bzw. Ihre Ärztin oder Apothekerin, wenn Sie nicht sicher sind. Andern Sie nicht von sich aus die verschriebene Dosis.



... z.B. Zähneputzen.

Nehmen Sie die Tablette täglich zur gleichen Zeit ein. Verbinden Sie es mit einer Alltagsaktivität wie ...

Eliquis®
2 x täglich 1 Tablette

Einnahmebeginn:

Dosis: 5mg / 2.5 mg

Bitte kreuzen Sie Ihre ☀ morgendliche* und ☾ abendliche* Einnahme an.

Woche	morgens* - abends*	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
2	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
3	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●

4	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
5	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
6	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
7	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●

8	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●

Bringen Sie diesen Kalender zu Ihrem Termin bei

_____ mit.

T T / M M / J J J J um 0 0 : 0 0 Uhr

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt.

9	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
10	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
11	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●
12	☀	●	●	●	●	●	●	●
	☾	●	●	●	●	●	●	●