

Therapiepass

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Bitte kontaktieren Sie im Notfall diese Telefonnummer _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

dies ist Ihr persönlicher Therapiepass für Ihre Behandlungsplanung mit Abilify Maintena®. Damit können Sie gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt den Erhalt Ihres Depot-Präparates dokumentieren und sich auf die wesentlichen Dinge im Leben konzentrieren.

Abilify Maintena® wird Ihnen 1 x monatlich von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt in den Gesäßmuskel oder Oberarm gespritzt. Dadurch wird der Wirkstoff langsam und gleichmäßig im Körper verteilt.

Durch eine regelmäßige Verabreichung des Medikaments werden Sie feststellen, dass Ihnen alltägliche Tätigkeiten

und der Umgang mit Menschen wieder leichter fallen werden und sich Ihre Lebensqualität verbessern kann.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg auf dem Weg zur Besserung und hoffen, dieser handliche Pass ist für Sie eine kleine Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team von Otsuka Pharma und Lundbeck



INJEKTIONEN	DOSIS	INJEKTIONSSTELLE		ANMERKUNGEN	NEUER TERMIN
1. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
2. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
3. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
4. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
5. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
6. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		

INJEKTIONEN	DOSIS	INJEKTIONSSTELLE		ANMERKUNGEN	NEUER TERMIN
7. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
8. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
9. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
10. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
11. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
12. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		

INJEKTIONEN	DOSIS	INJEKTIONSSTELLE		ANMERKUNGEN	NEUER TERMIN
13. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
14. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
15. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
16. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
17. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		
18. Injektion	<input type="checkbox"/> 400 mg	<input type="checkbox"/> gluteal	<input type="checkbox"/> deltoidal		
Datum: _____	<input type="checkbox"/> ___ mg	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links		