

LIBERATE
LIFE



Substitutionstagebuch
Substitution diary

englisch

 **sobi**
rare strength

Substitutionstagebuch

Bitte trage das Kalenderjahr ein

Substitution diary

Please fill in the calendar year

Persönliche Angaben Personal information

Name Name

Adresse Address

Telefonnummer Telephone number

Diagnose Diagnosis Hämophilie A Haemophilia A Hämophilie B Haemophilia B

Schweregrad Severity leicht mild mittel moderate schwer severe

Restaktivität Faktor Residual factor activity %

Präparat Preparation

Behandlung Treatment Prophylaxe Prophylaxis bei Bedarf On demand

Angehörige Family members

Name Name

Adresse Address

Telefonnummer Telephone number

Angaben zum Hämophilie-Zentrum Details of haemophilia centre

Name Name

Adresse Address

Telefonnummer Telephone number

Behandelnder Arzt Attending physician

Vorwort

Das **Hämophilie-Therapietagebuch** wurde entworfen, um Menschen mit Hämophilie bei ihrer Behandlung mit einem Hämophilie-Präparat zu **unterstützen** und die Therapie optimal zu **dokumentieren**.

Damit die Injektionen möglichst lückenlos und bestmöglich dargestellt werden können, trage bitte **jede Injektion und deren Grund** in Dein Therapietagebuch ein.

In gemeinsamer, regelmäßiger Durchsicht und **enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt*** ist es möglich, die Injektionstherapie jedes Patienten mit Hämophilie zu optimieren und falls nötig anzupassen.

Introduction

The haemophilia treatment journal was developed to support people suffering from haemophilia with their treatment and to document the treatment in the best way possible.

Please enter each injection and the reason for this injection in your treatment journal, so that the injections are presented as completely and as accurately as possible. As part of a joint, regular review and in close cooperation with the attending physician, the injection treatment of each patient with haemophilia may be optimised and, if necessary, adapted.

Bitte bringe Dein Therapietagebuch immer mit, wenn Du ins Hämophilie-Zentrum gehen und Deinen behandelnden Arzt sehen.

Please make sure you always bring your treatment journal with you when you visit the haemophilia centre and see your attending physician.



* Die Verwendung des Sternsymbols (*) bezieht neben weiblichen und männlichen Personen weitere Geschlechter und Geschlechtsidentitäten mit ein.

Gebrauchsanweisung Therapietagebuch

Das Muster auf der nächsten Seite soll Dir als Beispiel dienen und helfen, Deine Behandlung möglichst optimal wiederzugeben.

Bitte trage folgende Daten und Informationen in die dafür vorgesehenen Felder ein:

- **Präparat:** Name des Hämophilie-Präparats
- **Gewicht:** Körpergewicht am Monatsanfang
- **Datum:** Datum der Injektion
- **Zeit:** Uhrzeit der Injektion
- **Einheiten:** Gesamtzahl der injizierten Einheiten
- **Chargennummer:** Vollständige Chargennummer des Präparats (nicht mit Chargennummer auf dem Wasserfläschchen verwechseln)
- **Behandlung:** Art und Grund der Behandlung (Unterscheidung Prophylaxe, Blutungsbehandlung bzw. Folgebehandlung einer Blutung)
- **Blutungsort:** Ort der Blutung bei Gelenkblutungen (Unterscheidung Sprunggelenk, Knie, Ellenbogen sowie die Seite li/re)
- **Notizen:** Angaben und Anmerkungen zu Ihrer Behandlung, z. B. Unfälle, Ursachen einer Blutung, sonstige Erkrankungen und andere eingenommene Medikamente, evtl. Nebenwirkungen, Präparatwechsel, sonstige Blutungen (z. B. Muskel, Organe etc.)

Usage instructions for treatment journal

The model provided on the next page serves as an example and will help you to reproduce your treatment as optimally as possible.

Please enter the following data and information in the fields provided:

- Preparation: Name of factor preparation
- Weight: Body weight at start of month
- Date: Date of injection
- Time: Time of injection
- Units: Total number of units injected
- Batch number: Complete batch number of preparation (do not mistake with batch number on water bottle)
- Treatment: Type of and reason for treatment (distinguish between prophylaxis, treatment of bleeding and follow-up treatment of bleeding)
- Location of bleeding: Location of bleeding in the case of joint bleeding (distinguish between ankle joint, knee, elbow and side l/r)
- Notes: Details and notes regarding your treatment, e.g. accidents, cause of bleeding, other illnesses and other medication taken, possible side effects, change of preparation, other bleeding (e.g. muscles, organs, etc.)

Muster

Model

Gewicht: **60** kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

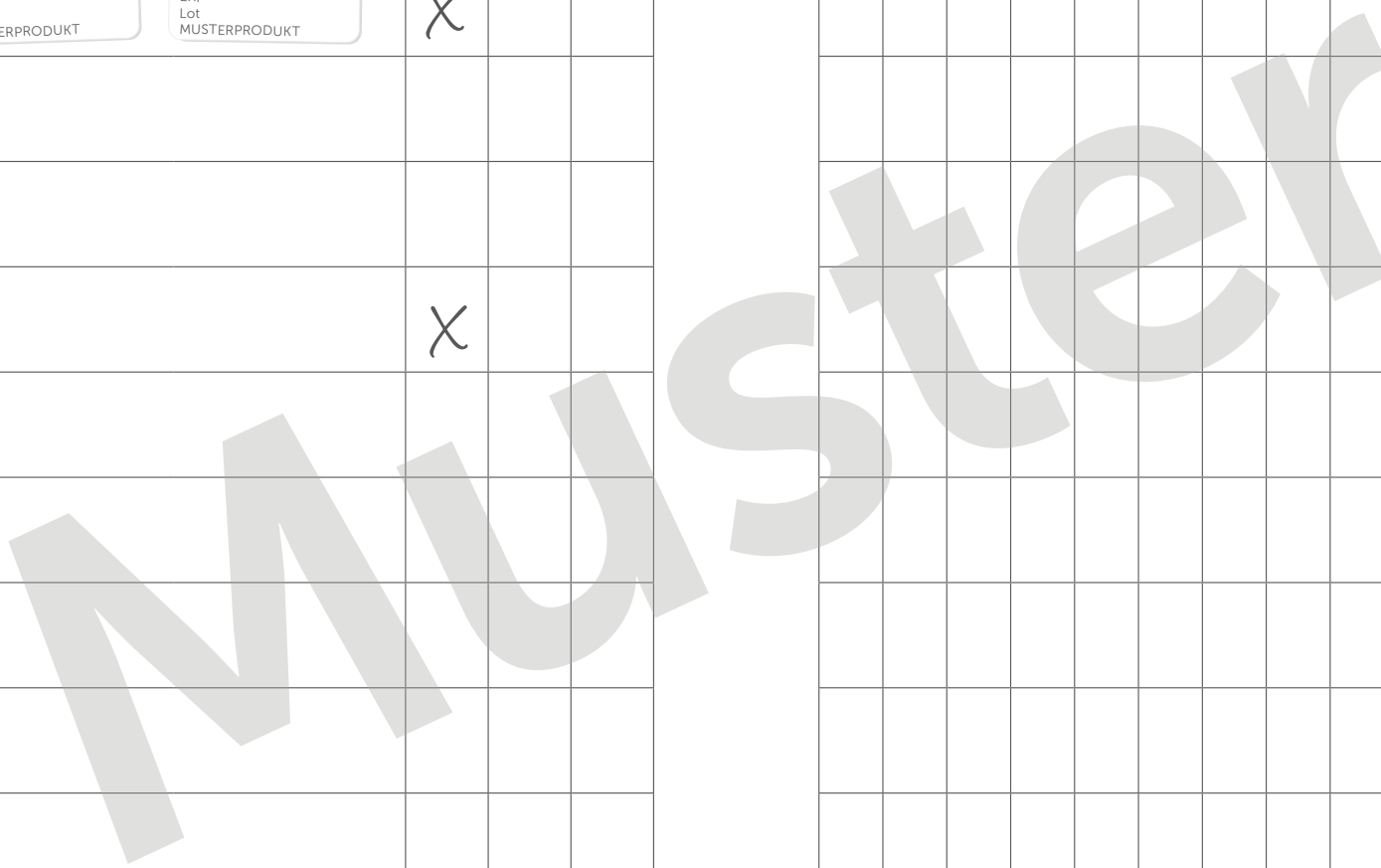
Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.		Behandlung Treatment		
				Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
	07:11	0123456789 EXP Lot MUSTERPRODUKT	0123456789 EXP Lot MUSTERPRODUKT	X		
	06:56			X		
Zwischensumme Subtotal		3.500	2	2		
		Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment		

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Notizen Notes
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
Anzahl Blutungen Number of bleedings								

Präparat:
 Preparation:



Wichtige Termine

Important dates

Geburtstage

Birthdays

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

Veranstaltungen

Events



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Urlaub

Holidays

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

Januar

January

Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes



Januar

January


Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal		Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment	

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 1. Monat Month 1



Februar

February

Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes



Februar

February

Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes



Februar

February




Behandlung Treatment

Gewicht: kg
Weight: kg

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal					
		Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment	

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 2. Monat Month 2

März

March

Behandlung Treatment

Gewicht: kg
 Weight: kg


Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal	Zwischensumme Einheiten Subtotal units		Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment	



Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Präparat:
 Preparation:

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Notizen Notes	
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R		
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 3. Monat Month 3	

April

April

Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes



April

April




Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal			Zwischensumme Subtotal treatment		
	Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure			

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 4. Monat Month 4

Mai

May

Gewicht: kg
 Weight: kg


Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal	Zwischensumme Einheiten Subtotal units		Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment	



Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 5. Monat Month 5

Juni

June

Gewicht: kg
Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes



Juni

June



Behandlung Treatment

Gewicht: kg
 Weight: kg

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal			Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment		
		Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure		

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 6. Monat Month 6

Juli July




Gewicht: kg
Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal	Zwischensumme Einheiten Subtotal units		Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment	

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Notizen Notes	
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R		
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 7. Monat Month 7	

Präparat:
Preparation:

Travel



Meine Reiseziele
My travel destinations

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Was nehme ich mit
What I'm bringing with me

.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nicht vergessen
Don't forget



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

August

August

Gewicht: kg
 Weight: kg


Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal	Zwischensumme Einheiten Subtotal units		Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment	



Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 8. Monat Month 8

September

September

Gewicht: kg

Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes



September

September

Gewicht: kg
 Weight: kg


Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal			Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment



Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 9. Monat Month 9

Oktober

October

Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal			Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment



Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other	
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R

Präparat:
 Preparation:



Ort und Schweregrad der Blutung								Location and severity of bleeding		Notizen Notes
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R			
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 10. Monat Month 10		

November

November

Gewicht: kg
 Weight: kg

Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment

Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes



November

November

Gewicht: kg
 Weight: kg


Behandlung Treatment

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Behandlung Treatment		
			Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal			Zwischensumme Subtotal treatment		
		Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure		



Ort und Schweregrad
der Blutung

Location and severity
of bleeding

Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	
								Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								 11. Monat Month 11

Dezember



Behandlung Treatment

December

Gewicht: kg

Weight: kg

Datum Date	Zeit Time	Einheiten/Chargen-Nr. Units/Batch no.	Prophylaxe Prophylaxis	Blutungs- behandlung On demand treatment	Folge- behandlung Follow-up treatment
Zwischensumme Subtotal		Zwischensumme Einheiten Subtotal units	Zwischensumme Expositionstage Subtotal days of exposure	Zwischensumme Behandlung Subtotal treatment	

Ort und Schweregrad
der Blutung



Location and severity
of bleeding



Knie Knee		Sprung- gelenk Ankle		Ellenbogen Elbow		andere Other		Präparat: Preparation:
li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	Notizen Notes
Anzahl Blutungen Number of bleedings								12. Monat Month 12

Quartalsübersicht

Quarterly overview

1. Quartal _____ (Januar–März)
Quarter 1 _____ (January – March)



Persönliche Daten		Personal details	
Verwendetes Präparat Preparation used			
Behandlung Treatment	<input type="checkbox"/> Prophylaxe Prophylaxis	<input type="checkbox"/> bei Bedarf On demand	
Dosierung Dosage	Dosis = Dose = kg =		
Hemmkörper Inhibitors	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Titer (BE): Titre (BU): _____ Datum: Date: _____	
HBV-Impfstatus HBV vaccination status	Anti-HBsAg: Anti-HBsAg: _____ Datum: Date: _____		
Vorgeschädigte Gelenke Previously injured joints	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Ort: Location: _____ _____	

2. Quartal _____ (April–Juni)
Quarter _____ (April – June)



Persönliche Daten		Personal details	
Verwendetes Präparat Preparation used			
Behandlung Treatment	<input type="checkbox"/> Prophylaxe Prophylaxis	<input type="checkbox"/> bei Bedarf On demand	
Dosierung Dosage	Dosis = Dose = kg =		
Hemmkörper Inhibitors	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Titer (BE): Titre (BU): _____ Datum: Date: _____	
HBV-Impfstatus HBV vaccination status	Anti-HBsAg: Anti-HBsAg: _____ Datum: Date: _____		
Vorgeschädigte Gelenke Previously injured joints	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Ort: Location: _____ _____	

Orthopädischer Status		Orthopaedic status							
Gelenk Joint	Sprunggelenk Ankle		Knie Knee		Ellenbogen Elbow		andere Other		
	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	
Ort Location									
Orthopädischer Score Orthopaedic score									
Pettersson Score Pettersson score									

Orthopädischer Status		Orthopaedic status							
Gelenk Joint	Sprunggelenk Ankle		Knie Knee		Ellenbogen Elbow		andere Other		
	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	
Ort Location									
Orthopädischer Score Orthopaedic score									
Pettersson Score Pettersson score									

Quartalsübersicht

Quarterly overview

3. Quartal _____ (Juli–September)
Quarter 3 _____ (July – September)



Persönliche Daten		Personal details	
Verwendetes Präparat Preparation used			
Behandlung Treatment	<input type="checkbox"/> Prophylaxe Prophylaxis	<input type="checkbox"/> bei Bedarf On demand	
Dosierung Dosage	Dosis = Dose = kg =		
Hemmkörper Inhibitors	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Titer (BE): Titre (BU): _____ Datum: Date: _____	
HBV-Impfstatus HBV vaccination status	Anti-HBsAg: Anti-HBsAg: _____ Datum: Date: _____		
Vorgeschädigte Gelenke Previously injured joints	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Ort: Location: _____ _____	

4. Quartal _____ (Oktober–Dezember)
Quarter 4 _____ (October – December)



Persönliche Daten		Personal details	
Verwendetes Präparat Preparation used			
Behandlung Treatment	<input type="checkbox"/> Prophylaxe Prophylaxis	<input type="checkbox"/> bei Bedarf On demand	
Dosierung Dosage	Dosis = Dose = kg =		
Hemmkörper Inhibitors	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Titer (BE): Titre (BU): _____ Datum: Date: _____	
HBV-Impfstatus HBV vaccination status	Anti-HBsAg: Anti-HBsAg: _____ Datum: Date: _____		
Vorgeschädigte Gelenke Previously injured joints	<input type="checkbox"/> nein No <input type="checkbox"/> ja Yes	Ort: Location: _____ _____	

Orthopädischer Status		Orthopaedic status							
Gelenk Joint	Sprunggelenk Ankle		Knie Knee		Ellenbogen Elbow		andere Other		
	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	
Ort Location									
Orthopädischer Score Orthopaedic score									
Pettersson Score Pettersson score									



Orthopädischer Status		Orthopaedic status							
Gelenk Joint	Sprunggelenk Ankle		Knie Knee		Ellenbogen Elbow		andere Other		
	re R	li L	re R	li L	re R	li L	re R	li L	
Ort Location									
Orthopädischer Score Orthopaedic score									
Pettersson Score Pettersson score									





Sobi ist eine Marke von Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).
© 2023 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) – Alle Rechte vorbehalten

Sobi is a brand of Swedish Orphan Biovitrum AB (publ).
© 2023 Swedish Orphan Biovitrum AB (publ) – All rights reserved

Swedish Orphan Biovitrum GmbH
Fraunhoferstr. 9a, 82152 Martinsried
Germany

Tel.: +49 89 / 55 0 66 760

Fax: +49 89 / 55 0 66 7626

E-Mail: mail.de@sobi.com or medical.de@sobi.com

www.sobi-deutschland.de

371-HAE-D(D)-0623-V01

