

PATIENTKORT

JEG ER DIAGNOSTICERET MED HJERTEFLIMMER OG HAR VÆRET I BLODFORTYNDENDE BEHANDLING SIDEN:

Måned: _____

År: _____

NAVNET PÅ MIN BLODFORTYNDENDE MEDICIN ER:

PATIENTKORT

INFORMATION TIL SUNDHEDSPERSONALE

PATIENTENS NAVN: _____

KONTAKTPERSON I TILFÆLDE AF AKUT SITUATION:

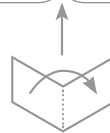
Navn: _____

Telefonnummer: _____

PPA-18-01-180 APR 18



Bemærk: Udskriv dette kort ved 100 %.
Udfyld kortet, og opbevar det altid på dig.



Klip kortet ud ved den streg, der er angivet med saksen, og fold det.