

# PATIENTENKARTE ZUR SICHEREN ANWENDUNG Rivaroxaban

Rivaroxaban 2,5 mg

Rivaroxaban 10 mg

Rivaroxaban 15 mg

Rivaroxaban 20 mg



- Tragen Sie diesen Ausweis ständig bei sich
- Zeigen Sie diesen Ausweis jedem Arzt oder Zahnarzt vor der Behandlung

**Ich stehe unter einer blutgerinnungshemmenden  
Behandlung mit Rivaroxaban:**

Name

Anschrift

Geburtsdatum

Gewicht

Andere Medikamente / Erkrankungen

**Bitte verständigen  
Sie im Notfall:**

Name des Arztes

Telefonnummer des Arztes

Arztstempel

**Bitte verständigen Sie auch:**

Name

Telefonnummer

Beziehung