



Mein Therapietagebuch

Mein Leben mit AFINITOR®

Um die Lesbarkeit zu vereinfachen, wird auf die zusätzliche Formulierung der weiblichen Form verzichtet. Wir möchten deshalb darauf hinweisen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form explizit als geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Impressum:

Novartis Pharma GmbH

Stella-Klein-Löw-Weg 17

A-1020 Wien

Österreich

Telefon: +43 1 8665 7 0

Liebe Patientin,

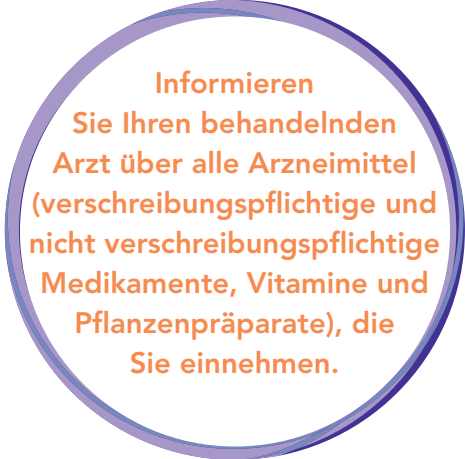
Ihr Arzt hat Ihnen AFINITOR® in Kombination mit Exemestan verschrieben. Wichtige Informationen zu dieser Therapie finden Sie in der AFINITOR® Broschüre.

Dieses Tagebuch soll Sie während Ihrer Therapie / Behandlung begleiten und unterstützen. Bitte achten Sie besonders darauf, AFINITOR® und Exemestan, wie von Ihrem behandelnden Arzt verordnet, einzunehmen und schreiben Sie auf, zu welcher Uhrzeit Sie die Tabletten eingenommen haben. Dies hilft Ihnen einen regelmäßigen Rhythmus zu finden und den optimalen Therapieerfolg zu erreichen. Wir empfehlen Ihnen, das Tagebuch zu jedem Arztbesuch mitzunehmen.

Für den Behandlungserfolg ist es wichtig, dass Sie mit Ihrem behandelnden Arzt offen und ehrlich über Ihr Befinden während der Kombinationstherapie mit AFINITOR® sprechen. Denn gerade dieser offene und ehrliche Umgang mit der Erkrankung und all ihren Begleitscheinungen kann für den Behandlungserfolg sehr entscheidend sein.

Mein Beitrag zum Therapieerfolg

Sie können den Erfolg einer Therapie auch beeinflussen, indem Sie aktiv mitarbeiten. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Behandlung erfolgreich verläuft, ist höher, wenn Sie die Ihnen verordneten Medikamente genau und konsequent nach Anweisung Ihres behandelnden Arztes einnehmen.



**Informieren
Sie Ihren behandelnden
Arzt über alle Arzneimittel
(verschreibungspflichtige und
nicht verschreibungspflichtige
Medikamente, Vitamine und
Pflanzenpräparate), die
Sie einnehmen.**

Einnahme vergessen - was tun?

Falls Sie die Einnahme von AFINITOR® vergessen, nehmen Sie bitte zum nächsten üblichen Zeitpunkt AFINITOR® wie gewohnt ein. Nehmen Sie nicht die doppelte Menge ein, wenn Sie die vorherige Einnahme der Tabletten vergessen haben. Sollten Sie die Einnahme von AFINITOR® über einen längeren Zeitraum vergessen haben, informieren Sie bitte Ihren behandelnden Arzt.

Einnahme

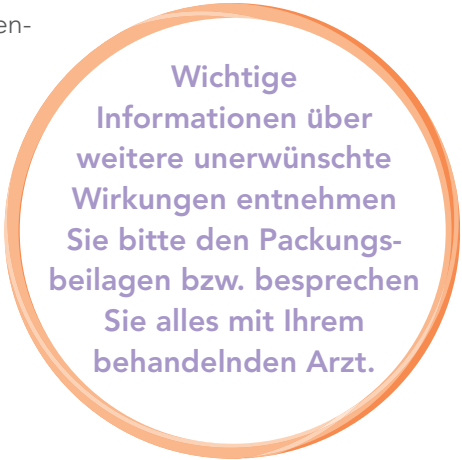
- Immer zur gleichen Tageszeit.
- Entweder immer zu einer Mahlzeit oder immer zwischen Mahlzeiten.
- **UNZERKAUT** mit einem Glas Wasser.
Bitte nicht teilen oder zerstückeln! Sollten Sie die Tablette nicht im Ganzen schlucken können, bitte unbedingt mit Ihrem behandelnden Arzt Rücksprache halten.
- **Keine Grapefruit, Blutorangen oder Sternfrucht und deren Säfte.**
- Achten Sie bitte auf die richtige Stärke und Anzahl der Tabletten.
- Vergessene Dosen nicht nachholen, sondern am nächsten Tag mit der üblichen Dosierung fortfahren.
- Kleine Helfer wie z. B. Sticker oder Zettel verwenden.
Auch Angehörige und/oder Freunde können Sie an die Einnahme erinnern.



Wichtige Hinweise

Im alltäglichen Umgang mit Ihrer Erkrankung und deren Behandlung ist es ganz wichtig, zu wissen, dass möglicherweise Nebenwirkungen auftreten können. AFINITOR® ist im Allgemeinen gut verträglich. Erfahrungen zeigen, dass Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen von AFINITOR® sich grundlegend von jenen einer Chemotherapie unterscheiden, da AFINITOR® auf ganz andere Art und Weise auf den Tumor und den Körper einwirkt als eine Chemotherapie. Ihr behandelnder Arzt wird Sie über vorbeugende Maßnahmen vor Therapiebeginn informieren. Sollte es im Rahmen der AFINITOR®-Therapie trotzdem zu Nebenwirkungen kommen, sprechen Sie bitte umgehend mit Ihrem behandelnden Arzt darüber, da so rasche Maßnahmen zur Linderung der Nebenwirkungen eingeleitet werden können.

Je rascher den Nebenwirkungen gegengesteuert werden kann, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, diese in den Griff zu bekommen.



**Wichtige
Informationen über
weitere unerwünschte
Wirkungen entnehmen
Sie bitte den Packungs-
beilagen bzw. besprechen
Sie alles mit Ihrem
behandelnden Arzt.**

Meldung von Nebenwirkungen

Sollten bei Ihnen Nebenwirkungen auftreten, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt oder den Apotheker. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in den Packungsbeilagen angeführt sind. Sie können Nebenwirkungen auch direkt an das Bundesamt für Sicherheit und Gesundheitswesen

Traisengasse 5, 1200 Wien

ÖSTERREICH

Fax: +43(0) 50 555 36207

Webseite: <http://www.basg.gv.at/>

melden. Indem Sie Nebenwirkungen melden, können Sie dazu beitragen, dass mehr Information über die Sicherheit dieser Arzneimittel zur Verfügung gestellt werden.



Patientenorganisationen & Interessenvertretungen

Fühlen Sie sich mit Ihren Sorgen bitte nicht allein gelassen. Es gibt heute viele konkrete Hilfsangebote, die speziell auf Ihre Situation ausgerichtet sind.

Kostenlose Beratung und Hilfe erhalten Sie bei der Krebshilfe in ganz Österreich:

<http://www.krebshilfe.net/beratung/beratungsstellen.shtm>

Hilfe & Unterstützung finden Sie auch bei Europa Donna Österreich:

Europa Donna Austria - Netzwerk Brustkrebs Österreich

c/o Grichemonde

Goldschmiedgasse 2/6/5

1010 Vienna

Tel.: +43 (0) 699 / 14026897

E-Mail: info@europadonna.at

Tagebuch

Meine Kontaktdaten

Behandelnder Arzt: _____

Name: _____

Institution: _____

Telefonnummer: _____

Ambulanz: _____

Name/Ansprechperson: _____

Institution: _____

Telefonnummer: _____

Andere: _____

Institution: _____

Telefonnummer: _____



Meine Kontaktdaten

Behandelnder Arzt: _____

Name: _____

Institution: _____

Telefonnummer: _____

Ambulanz: _____

Name/Ansprechperson: _____

Institution: _____

Telefonnummer: _____

Andere: _____

Institution: _____

Telefonnummer: _____

Meine Arzttermine

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Meine Arzttermine

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Meine Arzttermine

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Meine Arzttermine

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Meine Arzttermine

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Meine Arzttermine

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Grund des Besuchs: _____

Afinitor® 10mg/Exemestan 25mg

Änderung der Dosierungen: nein ja

Falls ja, neue Dosierung: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Arztstempel:

Therapiewoche 1

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 2

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 3

Datum: von

bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 4

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 5

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 6

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 7

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 8

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 9

Datum: von

bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 10

Datum: von

bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 11

Datum: von

bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 12

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 13

Datum: von

bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 14

Datum: von

bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 15

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 16

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 17

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 18

Datum: von

bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 19

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

Samstag

Sonntag

Therapiewoche 20

Datum: von bis

AFINITOR® 10 mg / Exemestan 25 mg

Etwaige Änderung der Dosierungen: _____

Notizen / Fragen an Ihr Ärzteteam: _____

Wann (Uhrzeit): _____

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

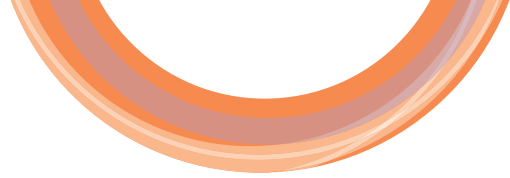
Freitag

Samstag

Sonntag

Notizen

Lined writing area with 18 horizontal lines for notes.



A large rectangular area with rounded corners, outlined in purple, containing 15 horizontal purple lines for writing.

AT1507361909 Datum der Erstellung: 06/2015



Novartis Pharma GmbH, Stella-Klein-Löw-Weg 17, A-1020 Wien
Telefon +43 1 866 57 0, www.novartis.at