

# PatientenPass

---

Immunsuppressive Behandlung



*TXperten an  
Ihrer Seite*

---

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Adresse

---

---

In Notfällen benachrichtigen

---

---

---

Transplantiertes Organ

---

Datum der Transplantation

---

Diagnose

---

---

Wichtige Nebendiagnosen

---

---

---









































































































