



CSL Behring

SUBSTITUTIONS- KALENDER

ohne Kalendarium

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur Behandlung Ihrer Gerinnungsstörung haben wir Ihnen ein modernes Gerinnungskonzentrat verordnet und mit nach Hause gegeben. Damit unnötige Blutungsrisiken vermieden werden, bitten wir Sie, die vereinbarte Substitutionstherapie zuverlässig durchzuführen. Im Falle einer prophylaktischen Therapie ist es wichtig, die Abstände zwischen den Faktorgaben möglichst genau einzuhalten, damit der Faktorspiegel im Blut nicht zu gering wird.

Im Falle einer Bedarfstherapie und einer akuten Blutung kommt es darauf an, das Konzentrat möglichst frühzeitig nach Beginn der Blutung zu spritzen, um das Ausmaß der Blutung gering zu halten. Vor allem bei Gelenkblutungen, die Sie schon spüren, lange bevor sie äußerlich sichtbar sind, ist rasches Handeln notwendig, um spätere Gelenkschäden zu vermeiden. Bei größeren oder inneren Blutungen sollten Sie nach der Faktorgabe zusätzlich Kontakt mit uns aufnehmen.

Für uns ist es wichtig, dass Sie alle Substitutionen und Blutungen gewissenhaft und lückenlos dokumentieren. Wussten Sie, dass diese Dokumentation nach § 14 Transfusionsgesetz Pflicht ist? Sie dient neben der Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben vor allem Ihrer eigenen Sicherheit! Um nichts zu vergessen, ist es ratsam, die Dokumentation direkt nach jeder Substitution vorzunehmen.

Abgesehen davon, dass die Dokumentation durch das Transfusionsgesetz vorgeschrieben ist, haben wir nur so die Möglichkeit, die individuell für Sie konzipierte Therapie zu beurteilen und zu Ihrem Vorteil weiter zu optimieren.

Damit Ihnen die Dokumentation erleichtert wird, stellen wir Ihnen diesen Substitutionskalender zur Verfügung – bitte bringen Sie ihn unbedingt zu jedem Ambulanzbesuch mit.

Ihr Behandlungsteam

ZUR DURCHFÜHRUNG DER DOKUMENTATION: Füllen Sie in Ruhe die erste Seite des Kalenders mit allen Anschriften und Telefonnummern aus. Tragen Sie auf den gerade aktuellen Dokumentationsseiten das verordnete Präparat und das Körpergewicht zu Monatsbeginn ein. Fügen Sie möglichst direkt nach jeder Substitution die folgenden Angaben in die entsprechende Datumszeile ein:

- **ZEITPUNKT DES BEGINNS DER INFUSION.**
- **VERABREICHTE MENGE IN EINHEITEN** (Achtung, wenn mehrere Fläschchen gebraucht wurden, kontrollieren Sie bitte, ob es eventuell verschiedene Chargen waren, die dann separat zu dokumentieren sind).
- **CHARGENUMMER DES KONZENTRATS** (Achtung, nicht mit der Chargennummer des Wasserfläschchens verwechseln). Sie können auch einfach die abziehbare Vignette vom Konzentratfläschchen in das Dokumentationsfeld einkleben.
- **VERABREICHT VON BZW. WO:** Machen Sie mit einem Kreuz kenntlich, ob Sie sich den Faktor selbst gespritzt haben (bzw. Ihr Behandler) oder ihn im ambulanten oder stationären Bereich (also nicht beim zuständigen Behandler/Zentrum) erhalten haben.
- **ANLASS FÜR DIE SUBSTITUTION:** Wählen Sie zwischen Prophylaxe, Blutung spontan, Blutung traumatisch oder Operation.
- **FALLS EINE GELENKBLUTUNG VORLIEGT,** kreuzen Sie bitte an, welches Gelenk betroffen ist.
- **FEHLTAGE:** Tragen Sie Hämophilie-/VWS-bedingte Fehltag als Kreuz (X), andere Fehltag (Grippe etc.) als Kreis (O) ein.
- **ZEIT ZWISCHEN BEGINN DER BLUTUNG UND SUBSTITUTION IN MINUTEN** (wichtige Angabe vor allem bei Gelenkblutungen).
- **BEMERKUNGEN:** Hier kann alles eingetragen werden, was sonst noch wichtig sein könnte, z.B. Blutungen in andere Gelenke, Weichteil- und Organblutungen, evtl. Grund für die Blutung, Hemmkörperter, Nebenwirkungen, nicht zufriedenstellende Wirksamkeit der Substitution, Präparatwechsel, Schmerzen, sonstige Medikamente, Impfungen, Arzt- und Zahnarztbesuche, Krankenhaus-Aufenthalte, Operationen, andere Erkrankungen etc. Zu Beginn des Kalenders finden Sie eine Tabelle, in der Sie die Daten der jeweils neu erhaltenen Konzentratlieferung eintragen können. Außerdem finden Sie auf den ersten Seiten des Kalenders eine Musterseite, auf der das Ausfüllen des Protokolls dargestellt ist. Am unteren Ende jeder Seite kann Ihr Behandler bzw. die Hämophilieschwester Ihre Angaben für die Dateneingabe ins Deutsche Hämophileregister (DHR) einfach zusammenstellen.

XYZ® 500

Präparat

63

Gewicht in kg

			VERABREICHT VON / WO (X)			ANLASS (X)			ORT DER BLUTUNG (X)									
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT	Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär				Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN
									re	li	re	li	re	li				
15.03.23 20.15h	3000	XYZ® 500 Ch.-B. 49365011A	X											X				am Ellenbogen gestoßen, zuhause gespritzt
16.03.23 7.30h	3000 3000	XYZ® 500 Ch.-B. 49365011A			X											X		morgens sicherheitshalber in die Klinik gefahren, bis abends geblieben
07.06.23 11.20h	2000	49365011A	X															
11.08.23 19.30h	2000	XYZ® 500 Ch.-B. 49365011A	X					X										Erkältung Einnahme von Paracetamol
23.12.23 7.00h	2000	XYZ® 500 Ch.-B. 49365011A		X													X	Zahnextraktion
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMT-SUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)				BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)			SUBSTITUTIONS-BEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)							siehe auch stat. Aufenthalt		
	15000	5	1	1	0	15000			2							2		

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)			ORT DER BLUTUNG (X)													
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN	
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li					
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)				siehe auch stat. Aufenthalt							

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)				ORT DER BLUTUNG (X)								BEMERKUNGEN					
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen			anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]		
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li						
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)								siehe auch stat. Aufenthalt				

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)				ORT DER BLUTUNG (X)												
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN	
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li					
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)				siehe auch stat. Aufenthalt							

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)				ORT DER BLUTUNG (X)												
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN	
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li					
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)				siehe auch stat. Aufenthalt							

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)				ORT DER BLUTUNG (X)												
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN	
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li					
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)				siehe auch stat. Aufenthalt							

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)			ORT DER BLUTUNG (X)												
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li				
Gewicht in kg																				
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)		amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung												siehe auch stat. Aufenthalt		

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)				ORT DER BLUTUNG (X)											
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumat.	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li				
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)				siehe auch stat. Aufenthalt						

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)				ORT DER BLUTUNG (X)											
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li				
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)				siehe auch stat. Aufenthalt						

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

			VERABREICHT VON/ WO (X)		ANLASS (X)				ORT DER BLUTUNG (X)												
Präparat			Pat. / Behandler	ambulant (OP)	stationär	Prophylaxe	Blutung spontan	Blutung traumatisch	Operation	anderer	Sprunggelenk		Knie		Ellenbogen		anderer*	Fehltag** (X oder O, siehe unten)	Zeit zw. Blutungsbeginn u. Substitution [min]	BEMERKUNGEN	
DATUM / UHRZEIT	EINHEITEN	CHARGENNUMMER ABREISSETIKETT									re	li	re	li	re	li					
ANGABE FÜR DHR Füllt das Zentrum aus	GESAMTSUMME: VERBRAUCH (IE) (Addieren Sie die Einheiten)	SUMME: Expositionstage (ED) (Addieren Sie die Anzahl der Tage)	amb. OP (Anzahl)	stat. Aufenthalt (Anzahl Tage)	Dauerbehandlung	BEDARFSBEHANDLUNG (Addieren Sie die Einheiten)				SUBSTITUTIONSBEDÜRFTIGE BLUTUNGEN (Addieren Sie die Anzahl)				siehe auch stat. Aufenthalt							

* Bitte Angabe in **BEMERKUNGEN** eintragen

** Fehltag: Hämophilie-/VWS-bedingt als X, andere Fehltag (Grippe etc.) als O

KALENDER 2026

JANUAR						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

FEBRUAR						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

MÄRZ						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

APRIL						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAI						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

JUNI						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

JANUAR						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

FEBRUAR						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

MÄRZ						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

APRIL						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

MAI						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

JUNI						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

JULI						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

AUGUST						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

SEPTEMBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

JULI						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

AUGUST						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

SEPTEMBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OKTOBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

NOVEMBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

DEZEMBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

OKTOBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

NOVEMBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

DEZEMBER						
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

KALENDER 2027

NOTIZEN

Weitere Informationen finden
Sie im Internet unter
www.haemophilie-experte.de



Ein Service von CSL Behring



Deutsches Hämophileregister

Deutsche Hämophiliegesellschaft e.V. (DHG)
Interessengemeinschaft Hämophiler e.V. (IGH)
Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e.V. (GTH)
Paul-Ehrlich-Institut (PEI)



www.cslbehring.de

Deutschland

CSL Behring GmbH
Philipp-Reis-Straße 2
65795 Hattersheim

☎ +49 69 305 84 437

📠 +49 69 305 17 129

medwiss@cslbehring.com

