

Läkarintyg
Zaświadczenie lekarskie
Заклучение врача

För, dla, для

Namn, nazwisko i imię, фамилия

Adress, adres, адрес

Födelsedatum, data urodzenia, дата рождения

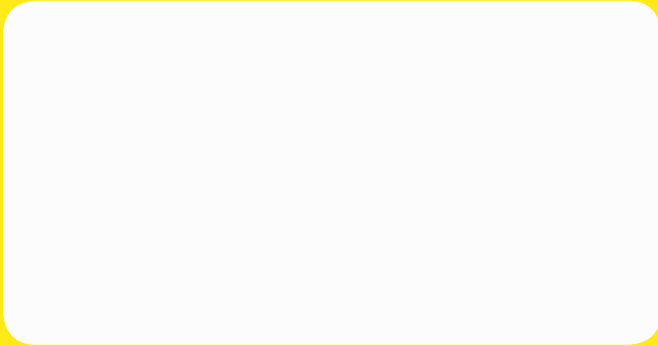
Härmed intygar ovan nämnda person att han/hon lider av medfött blod koagulering störning (blodsjukdom, von Willebrand syndrom). Enligt denna sjukdomsbild uppstår det ofta spontana blödningar, framför allt i lederna, vilka kräver omedelbar behandling med faktor VIII/IX-koncentrat, von Willebrand koncentrat. Eftersom ovan nämnda person har deltagit i vårt självbehandlingsprogram i hemmet och därigenom är i stand att på egen hand injicera felande koagulationsfaktor, är det absolut nödvändigt att han/hon alltid har med sig koncentratet.

Niniejszym poświadczam się, że wyżej wymieniona osoba cierpi na wrodzoną chorobę krzepnięcia krwi (hemofilia, krwawiczka, choroba von Willebranda). Symptomy tej choroby powodują częste samoistne krwawienia, szczególnie do stawów, które wymagają natychmiastowego leczenia koncentratem czynników krzepnięcia krwi VIII/IX/von Willebranda. Wyżej wymieniona osoba brała udział w naszym programie samodzielnej iniekcji czynników krzepnięcia krwi w domu, jest zatem w stanie wstrzykiwać sobie brakujące czynniki krzepnięcia. Absolutnie konieczne jest, aby koncentrat znajdował się stale w jej posiadaniu, gdziekolwiek miałaby przebywać.

Настоящим удостоверяется что, вышеназванное лицо болеет гемофилией (заболеванием крови). Картина болезни свидетельствует о частых спонтанных кровотечениях, особенно в области суставов, что требует немедленной терапии путем введения концентратов фактора VIII/IX. В связи с тем, что вышеуказанное лицо принимало участие в нашей программе терапии в домашних условиях, и соответственно, умеет вводить себе требующийся ему фактор свертывания крови, оно обязательно должно иметь постоянно при себе данный концентрат.



Name und Anschrift des Arztes/Stempel, name and address of doctor/ stamp, nom et adresse du médecin/cachet, nombre y dirección del médico/sello, nome e indirizzo del medico/timbro, hekimin adı, soyadı ve adresi/damga, nome e morada do médico, Όνομα και διεύθυνση του ιατρού, lme i adresa liječnika, ime i adresa lekara, naam en adres van de geneesheer, lægens navn og adresse, läkarens namn och adress, nazwisko, imię i adres lekarza/pieczęć, Фамилия и адрес врача, ربي بطلا داون غو رسا, 医師の名前および住所



Ort, Datum/place, date/lieu, date/ lugar, fecha/luogo, data/yer, tarih/ lugar, data/ Τόπος, Ημερομηνία/mjesto i datum/ mesto i datum/ plaats, datum/ sted, dato/ ort, datum/ miejsce, data/место, дата/ميدان داو نادير/場所日付

Unterschrift, signature, signature, firma, firma, imza, assiniatura, Υπογραφή, potpis, potpis, handtekening, underskrift, underskrift, podpis, подпись, عقيوتلا, 署名

診断書

تـيـبـط ةدا--عش

رئسالا, 名前

داون غا, 住所

دالاي ميل غيرات, 生年月日

مءلا فيزن ضررم /روغ انلا ضررم) ي قللخ في فن بارسا نم يناعي عالعأ روكدملا صرخللا نأ دوعن اذه بآجوم ةصاخو مءلل روكتم فيزن ثوبح "ابلاغ نكمدلا نم ضررلا اذه صراخلأ" اقبطو . (ناربليو نوف ةمزالتم دئاربليو نوف لملا ع VIII -/IX - لملا اصللخ تسمب يروف عالعأ يلإ ي عوتسي يذلا رئالا, ن صافملا ي نأ مئروقم ي فآبصأ اذمبو مصفنب لزمنلا ي ف عالعأ لامانرب ي ف كراض دق عالعأ روكدملا صرخللا نأ امبو ي عالعألا صلخل تسملا "امئاد مغم لملا ي نأ يرورضلا نم مصقانلا طلج تئلا لملا ب مصفن ن ف ع ي

上記の人物が先天性血液凝固障害（血友病／フォン・ウィルレブランド症候群）を患っていることをここに証明します。この疾患にともない、特に関節などの突発的な出血があります。その際にはファクターVIII/IX／フォン・ウィルレブランドファクター濃縮液による速やかな処置が必要となります。上記の人物は自己治療プログラムに参加しており、止血成分を自分自身で注射することができますので、常に濃縮液を携帯することが必要です。



319097 (1) November 13

Name, name, nom, nombre, nome, ismi, nome, όνομα, prezime i ime, prezime i ime, naam, navn, namn, Nazwisko i imię, фамилия, رئسالا, 名前



Ärztliches Attest

Medical certificate

Attestation médicale

Certificado médico

Certificato medico

Doktor raporu

Atestado médico

Ιατρική γνωμάτευση

Liječničko uvjerenje

Lekarsko uverenje

Geneeskundige verklaring

Lægeattest

Läkarintyg

Zaświadczenie lekarskie

Заклучение врача

تـيـبـط ةدا--عش

診断書

Ärztliches Attest
Medical certificate
Attestation médicale



Für, for, pour

Name, name, nom

Anschrift, address, adresse

Geburtsdatum, date of birth, date de naissance

Hiermit wird der vorgenannten Person bescheinigt, dass sie an einer angeborenen Störung der Blutgerinnung (Hämophilie/Bluterkrankheit, von-Willebrand-Syndrom) leidet. Entsprechend diesem Krankheitsbild kommt es zu häufigen Spontanblutungen, besonders in die Gelenke, die einer sofortigen Therapie mit Faktor-VIII-/IX-/von-Willebrand-Faktor – Konzentraten bedürfen. Da vorgenannte Person an unserem Heimselbstbehandlungs-Programm teilgenommen hat und somit in der Lage ist, sich den ihr fehlenden Gerinnungsfaktor selbst zu injizieren, ist es unbedingt erforderlich, dass sie das Konzentrat ständig mit sich führt.

This is to certify that the person mentioned above suffers from a hereditary coagulation abnormality (hemophilia/bleeding disorder, von Willebrand disease). Typical symptoms of this disease are frequent spontaneous bleedings especially into the joints requiring immediate treatment with a factor VIII/IX/von Willebrand factor-concentrate. The person mentioned above attended our self-medication program and is thus able to inject himself/herself with the concentrate. It is therefore absolutely necessary for this person to carry a quantity of this concentrate at all times.

Par la présente, nous certifions que la personne mentionnée ci-dessus souffre d'un dérangement congénital de la coagulation sanguine (hémophilie, syndrome de Willebrand). Conformément au tableau clinique, des saignements spontanés se produisent fréquemment, en particulier au niveau des articulations, qui nécessitent un traitement immédiat par des concentrés du facteur VIII-/IX-/facteur de Willebrand. Etant donné que la personne concernée a participé à notre programme d'autotraitement et qu'elle est par conséquent capable de s'injecter elle-même le facteur de coagulation lui faisant défaut, il est absolument indispensable qu'elle dispose en permanence de ce concentré.

Certificado médico
Certificato medico
Doktor raporu



Para, per, hastanin

Nombre, nome, ismi

Dirección, indirizzo, adresi

Fecha de nacimiento, data di nascita, doğum tarihi

Certificamos por la presente que la persona arriba mencionada sufre de una perturbación congénita de la coagulación de la sangre (hemofilia, enfermedad de von Willebrand). En el curso de esta enfermedad, se presentan con frecuencia hemorragias de forma espontánea, sobre todo entre las articulaciones, que requieren tratamiento inmediato con concentrados de factor VIII/IX / factor de von Willebrand. Esta persona ha participado en nuestro programa de autotransfusión y es ahora capaz de inyectarse a si misma el factor de coagulación que falta. Por lo tanto es indispensable que siempre disponga de este concentrado y lo lleve consigo.

Con la presente si certifica che la persona sopra indicata soffre di coagulopatia congenita (emofilia/disordine della coagulazione, malattia di von Willebrand) una malattia in cui spesso si verificano emorragie spontanee, specie a livello delle articolazioni, che richiedono l'immediata terapia con concentrati di fattore VIII/IX/von Willebrand. Dato che la persona suddetta ha partecipato al nostro programma di automedicazione a domicilio ed è pertanto in condizione di autoiniettarsi* il fattore di coagulazione di cui è carente, è assolutamente necessario che rechi costantemente con sé il concentrato.

Bu belge üstte adı geçen kişinin doğuştan kan pıhtılaşması rahatsızlığı (hemofili / von-Willebrand-sendromü) hastası olduğunu belgelemektedir. Bu hastalık sürecinde özellikle eklemlerde Faktör –VIII-/IX-/ von-Willebrand-faktörü- konsantreleri ile tedaviyi gerektiren ani spontan kanamalar görülebilir. Üstte adı geçen kişi "evde kendikendine tedavi" programımızda yer alıp, eksikliğini duyduğu pıhtılaşma faktörünün kendisine enjekte etme yöntemini öğrendiğinden dolayı bu konsantreyi sürekli yanında taşımak zorundadır.

Atestado médico
Ιατρική γνωμάτευση
Liječničko uvjerenje



Para, για, za

Nome, όνομα, Prezime i ime

Morada, διεύθυνση, adresa

Data de nascimento, ημερομηνία γέννησης, datum rodenja

Certificamos pelo presente que a pessoa supramencionada sofre de uma perturbação congénita da coagulação sanguínea (hemofilia, doença de von Willebrand). No decorrer desta doença, ocorrem com frequência hemorragias de forma espontânea, sobretudo nas articulações, que requerem tratamento imediato com concentrados de factor VIII/IX / factor de von Willebrand. Esta pessoa participou no nosso programa de autotratamento e é agora capaz de injectar-se a si mesma o factor de coagulação que falta. Para tal, é indispensável que traga o concentrado sempre consigo.

Με την παρούσα γνωμάτευση, πιστοποιείται ότι το αναφερόμενο άτομο πάσχει από εγγενή διαταραχή της πήξης του αίματος (αιμοφιλία /αιμορροφιλία, σύνδρομο von Willebrand). Σε αυτήν την ασθένεια προκύπτουν συχνές αυθόρμητες αιμορραγίες, ιδιαίτερα στις αρθρώσεις, οι οποίες απαιτούν άμεση θεραπεία με συμπυκνώματα του παράγοντα VIII/IX /παράγοντα von Willebrand. Εφόσον ο άνωθεν αναφερόμενος ασθενής, έλαβε μέρος στο πρόγραμμα αυτοθεραπείας μας κατ' οίκου, κι έτσι είναι σε θέση να χορηγήσει αυτόνομα στον εαυτό του τον ελλειπή παράγοντα πήξης, είναι οπωσδήποτε απαραίτητο να φέρει συνεχώς μαζί του το συμπύκνωμα.

Ovim se gore navedenog osibu potvrđuje da osoba boluje od urodjenog poremacāja zgrusavanja krvi (hemofilije odnosno bolesti Krvarenja, von-Willebrand-Syndrom). Kod te bolesti često spontano dolazi do krvarenja osobiti u zglobovima, što zahtijeva hitnu terapiju sredstvom „Faktor-VIII-/IX-/von-Willebrand-Faktor koncentratima. Buduci da je navedena osoba sudjelovala u našem programu samoliječjenja, u stanju je sama sebi ubrizgavati faktor za zgrušavanje krvi koji joj je neophodno potreban, te ga obvezno uvijek mora nositi sa sobom.

Lekarsko uverenje
Geneeskundige verklaring
Lægeattest



Za, aan, for

Prezime i ime, naam, naam

Adresa, adres, adresse

Datum rođenja, geboortedatum, fødselsdato

Ovim se potvrđuje gore navedenog osobi da boluje od urodjenog poremacaja zgrusavanja krvi (hemofilije odnosno bolesti krvarenja, von-Willebrand-Syndrom). Kod te bolesti često spontano dolazi do krvarenja pre svega u zglobovima, što zahteva hitnu terapiju sredstvom „Faktor-VIII-/IX-/von-Willebrand-Faktor koncentratima. Posto je navedena osoba učestvovalo u našem programu za samolečenje, u stanju je samo sebi da ubrizgava faktor za zgrušavanje krvi koji joj je neophodno potreban, i zato mora da ga obavezno uvek nosi sa sobom.

Hierbij wordt verklaard dat de bovenstaande persoon lijdt aan een aangeboren bloedstollingsstoornis (hemofilie/bloederziekte, ziekte van Von Willebrand). Het ziektebeeld wordt gekenmerkt door het vaak voorkomen van spontane bloedingen, vooral in de gewrichten, hetgeen een onmiddellijke behandeling met factor VIII/IX/Von-Willebrandfactor concentraten vereist. Daar de persoon in kwestie heeft deelgenomen aan een zelf-/thuisbehandelingsprogramma en derhalve in staat is, zichzelf de ontbrekende stollingsfactor middels injecties toe te dienen, is het absoluut noodzakelijk dat hij/zij het betreffende concentraat te allen tijde bij zich draagt.

Hermed bekræftes det, at ovennævnte person lider af en medfødt blødersygdom (haemofili/ blødersygdom med von Willebrand syndrom). I forbindelse med denne sygdom kan der hyppigt opstå spontane blødninger, især i leddene, hvilket kræver øjeblikkelig behandling med faktor VIII/IX-koncentrater med Willebrand faktor. Ovennævnte person har deltaget i vort hjemmeselvbehandlingsprogram og er dermed i stand til selv at injicere det koagulationskoncentrat, han har behov for. Det er derfor ubetinget påkrævet, at vedkommende til en hver tid har dette koncentrat på sig.