DE-WIL-2017-001

LFB GmbH · An der Alten Ziegelei 5 · D 48157 Münster

Substitutionskalender

Jahr: 20 . .

LFB GMBH

LFB GMBH

Lieber Patient,

nach dem Transfusionsgesetz ist jede Anwendung von Blutprodukten dokumentationspflichtig. So tragen Ärzte einer Sicherheitsvorschrift Rechnung – sie müssen produktbezogen zu jedem Patienten, der ein solches Präparat erhält, den Namen des Präparates und Unternehmens, die Menge und Charge sowie Datum und Uhrzeit der Anwendung dokumentieren und diese Daten aufbewahren. Um diese Dokumentationspflicht zu erleichtern, insbesondere wenn Sie sich als Patient regelmäßig selbst behandeln, erhalten sie das vorliegende Substitutionstagebuch.

Tragen Sie jede Applikation sorgfältig ein. Damit erhält Ihr Arzt auch einen guten Überblick und eine Kontrolle über Ihre Therapie. Bitte führen Sie dieses Buch mit sich und legen Sie es bei allen Arztbesuchen vor, sowohl bei Ihrem Haus- und Facharzt wie auch in Ihrem Behandlungszentrum.

Alles Gute für Ihre Gesundheit.

PATIENT

Name

Straße

Ort

Telefon

ART DER GERINNUNGSSTÖRUNG

Von-Willebrand-Syndrom Typ . . .

BEHANDLUNGSZENTRUM

Name

Straße

Ort

Telefon

Mobil-Nr.

HAUSARZT

Name

Straße

Ort

Telefon

Mobil-Nr.

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name

Straße

Ort

Telefon

Mobil-Nr.

IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Name

Straße

Ort

Telefon

Mobil-Nr.

SO NUTZEN SIE DIESEN KALENDER

Tragen Sie bei jeder Substitution die folgenden Daten in die dafür vorgesehenen Spalten ein.

Datum
Hier tragen Sie den Wochentag und das Datum ein.

Präparat
Hier tragen Sie den Namen des Präparates ein.

Gewicht
Hier tragen Sie Ihr aktuelles Gewicht ein.

Einheiten (I.E.)
Hier tragen Sie die Menge der Einheiten ein, die Sie sich injiziert haben.

Chargen-Nummer
Die Chargen-Nummer befindet sich auf dem Abreißetikett an der Flasche. Bitte kleben Sie es in dieses Buch ein.

Anlass
Bitte notieren Sie hier, warum eine Behandlung erfolgt:
eine **1** für eine Spontanblutung
eine **2** für eine traumatische Blutung nach Verletzung
eine **3** für eine Folgebehandlung
eine **4** für eine prophylaktische Behandlung

Blutungsort
Bitte geben Sie die genauen Orte der festgestellten Blutungen an: z.B. Nasenschleimhaut, Knie, Sprunggelenk, Hüfte ...
Ihr Arzt kann dann schneller erkennen, ob regelmäßige Blutungen vorkommen.

Therapeutischer Effekt
Bitte tragen Sie hier ein, ob die Behandlung erfolgreich war (1) oder nicht zum gewünschten Erfolg geführt hat (0).

Bemerkungen
Hier können Sie beispielsweise Auffälligkeiten bei der Behandlung eintragen.

In diese Tabelle kann die Menge an Faktorkonzentrat eingetragen werden, die Sie bei Ihrem Besuch Ihres Fach- oder Hausarztes mit nach Hause genommen haben.

Vom Arzt erhaltene Menge an Faktorkonzentrat

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

	Charge/n
Datum	
Präparat	
Menge	

Jahr	2017	Präparat	WILLFACT
Gewicht	74 Kg	Datum	21.3.2017

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	Einheiten (I.E.)	Chargen-Nummer (Abreißetikett)		Verabreichung (H, A, S)	Anlass (1,2, 3, 4)	Blutungsort	Therap. Effekt (1oder 0)	Bemerkungen
22.3. 14:00	2000	LFB-BIOMEDICAMENTS WILLFACT 2000 I.E./ 10 ml CH.-B. [illegible] Verwenbar bis : [illegible]			2	Knie	1	Fahrrad-unfall
28.3. 16:25	2000	LFB-BIOMEDICAMENTS WILLFACT 2000 I.E./ 10 ml CH.-B. [illegible] Verwenbar bis : [illegible]			4		1	Wanderung
5.4. 8:30	3000	LFB-BIOMEDICAMENTS WILLFACT 3000 I.E./ 10 ml CH.-B. [illegible] Verwenbar bis : [illegible]			1	Nasen-bluten	1	
10.4 12:15	2000	LFB-BIOMEDICAMENTS WILLFACT 2000 I.E./ 10 ml CH.-B. [illegible] Verwenbar bis : [illegible]			4		1	Schulaus-flug

MUSTER

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

Jahr	Präparat
Gewicht	Datum

H Heimselbstbehandlung
A Ambulant
S Stationär

1 Spontanblutung
2 traumatische Blutung
3 Folgebehandlung
4 prophylaktische Behandlung

1 erfolgreiche Behandlung
0 nicht erfolgreiche Behandlung

Datum Uhrzeit	**Einheiten** (I.E.)	**Chargen-Nummer** (Abreißetikett)		**Verab-reichung** (H, A, S)	**Anlass** (1,2, 3, 4)	**Blutungsort**	**Therap. Effekt** (1oder 0)	**Bemerkungen**

WICHTIGE KONTAKTE

Name / Anschrift / Telefon / E-Mail

Name / Anschrift / Telefon / E-Mail

Name / Anschrift / Telefon / E-Mail

Name / Anschrift / Telefon / E-Mail

NOTIZEN

NOTIZEN

NOTIZEN

2018

JANUAR

mo	1	8	15	22	29
di	2	9	16	23	30
mi	3	10	17	24	31
do	4	11	18	25	
fr	5	12	19	26	
sa	6	13	20	27	
so	7	14	21	28	

FEBRUAR

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	
fr	2	9	16	23	
sa	3	10	17	24	
so	4	11	18	25	

MÄRZ

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	31
so	4	11	18	25	

APRIL

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

MAI

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	31
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

JUNI

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	

JULI

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	31
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

AUGUST

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	31
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

SEPTEMBER

mo		3	10	17	24
di		4	11	18	25
mi		5	12	19	26
do		6	13	20	27
fr		7	14	21	28
sa	1	8	15	22	29
so	2	9	16	23	30

OKTOBER

mo	1	8	15	22	29
di	2	9	16	23	30
mi	3	10	17	24	31
do	4	11	18	25	
fr	5	12	19	26	
sa	6	13	20	27	
so	7	14	21	28	

NOVEMBER

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	
so	4	11	18	25	

DEZEMBER

mo		3	10	17	24	31
di		4	11	18	25	
mi		5	12	19	26	
do		6	13	20	27	
fr		7	14	21	28	
sa	1	8	15	22	29	
so	2	9	16	23	30	

2019

JANUAR

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	31
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

FEBRUAR

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	
sa	2	9	16	23	
so	3	10	17	24	

MÄRZ

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	31

APRIL

mo	1	8	15	22	29	
di	2	9	16	23	30	
mi	3	10	17	24		
do	4	11	18	25		
fr	5	12	19	26		
sa	6	13	20	27		
so	7	14	21	28		

MAI

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	31
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

JUNI

mo		3	10	17	24
di		4	11	18	25
mi		5	12	19	26
do		6	13	20	27
fr		7	14	21	28
sa	1	8	15	22	29
so	2	9	16	23	30

JULI

mo	1	8	15	22	29
di	2	9	16	23	30
mi	3	10	17	24	31
do	4	11	18	25	
fr	5	12	19	26	
sa	6	13	20	27	
so	7	14	21	28	

AUGUST

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	31
so	4	11	18	25	

SEPTEMBER

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

OKTOBER

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	31
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

NOVEMBER

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	

DEZEMBER

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	31
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

2020

JANUAR

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	31
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

FEBRUAR

mo		3	10	17	24
di		4	11	18	25
mi		5	12	19	26
do		6	13	20	27
fr		7	14	21	28
sa	1	8	15	22	29
so	2	9	16	23	

MÄRZ

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	31
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

APRIL

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

MAI

mo		4	11	18	25	
di		5	12	19	26	
mi		6	13	20	27	
do		7	14	21	28	
fr	1	8	15	22	29	
sa	2	9	16	23	30	
so	3	10	17	24	31	

JUNI

mo	1	8	15	22	29
di	2	9	16	23	30
mi	3	10	17	24	
do	4	11	18	25	
fr	5	12	19	26	
sa	6	13	20	27	
so	7	14	21	28	

JULI

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	31
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

AUGUST

mo		3	10	17	24	31
di		4	11	18	25	
mi		5	12	19	26	
do		6	13	20	27	
fr		7	14	21	28	
sa	1	8	15	22	29	
so	2	9	16	23	30	

SEPTEMBER

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

OKTOBER

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	31
so	4	11	18	25	

NOVEMBER

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

DEZEMBER

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	31
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

2021

JANUAR

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	31

FEBRUAR

mo	1	8	15	22
di	2	9	16	23
mi	3	10	17	24
do	4	11	18	25
fr	5	12	19	26
sa	6	13	20	27
so	7	14	21	28

MÄRZ

mo	1	8	15	22	29
di	2	9	16	23	30
mi	3	10	17	24	31
do	4	11	18	25	
fr	5	12	19	26	
sa	6	13	20	27	
so	7	14	21	28	

APRIL

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	
so	4	11	18	25	

MAI

mo		3	10	17	24	31
di		4	11	18	25	
mi		5	12	19	26	
do		6	13	20	27	
fr		7	14	21	28	
sa	1	8	15	22	29	
so	2	9	16	23	30	

JUNI

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

JULI

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	31
so	4	11	18	25	

AUGUST

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	31
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

SEPTEMBER

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

OKTOBER

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	31

NOVEMBER

mo	1	8	15	22	29
di	2	9	16	23	30
mi	3	10	17	24	
do	4	11	18	25	
fr	5	12	19	26	
sa	6	13	20	27	
so	7	14	21	28	

DEZEMBER

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	31
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

2022

JANUAR

mo		3	10	17	24	31
di		4	11	18	25	
mi		5	12	19	26	
do		6	13	20	27	
fr		7	14	21	28	
sa	1	8	15	22	29	
so	2	9	16	23	30	

FEBRUAR

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	
mi	2	9	16	23	
do	3	10	17	24	
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

MÄRZ

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	31
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

APRIL

mo		4	11	18	25	
di		5	12	19	26	
mi		6	13	20	27	
do		7	14	21	28	
fr	1	8	15	22	29	
sa	2	9	16	23	30	
so	3	10	17	24		

MAI

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	31
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

JUNI

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

JULI

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	31

AUGUST

mo	1	8	15	22	29
di	2	9	16	23	30
mi	3	10	17	24	31
do	4	11	18	25	
fr	5	12	19	26	
sa	6	13	20	27	
so	7	14	21	28	

SEPTEMBER

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	
so	4	11	18	25	

OKTOBER

mo		3	10	17	24	31
di		4	11	18	25	
mi		5	12	19	26	
do		6	13	20	27	
fr		7	14	21	28	
sa	1	8	15	22	29	
so	2	9	16	23	30	

NOVEMBER

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

DEZEMBER

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	31
so	4	11	18	25	

2023

JANUAR

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	31
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

FEBRUAR

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	
do	2	9	16	23	
fr	3	10	17	24	
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

MÄRZ

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	31
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

APRIL

mo		3	10	17	24	
di		4	11	18	25	
mi		5	12	19	26	
do		6	13	20	27	
fr		7	14	21	28	
sa	1	8	15	22	29	
so	2	9	16	23	30	

MAI

mo	1	8	15	22	29	
di	2	9	16	23	30	
mi	3	10	17	24	31	
do	4	11	18	25		
fr	5	12	19	26		
sa	6	13	20	27		
so	7	14	21	28		

JUNI

mo		5	12	19	26
di		6	13	20	27
mi		7	14	21	28
do	1	8	15	22	29
fr	2	9	16	23	30
sa	3	10	17	24	
so	4	11	18	25	

JULI

mo		3	10	17	24	31
di		4	11	18	25	
mi		5	12	19	26	
do		6	13	20	27	
fr		7	14	21	28	
sa	1	8	15	22	29	
so	2	9	16	23	30	

AUGUST

mo		7	14	21	28
di	1	8	15	22	29
mi	2	9	16	23	30
do	3	10	17	24	31
fr	4	11	18	25	
sa	5	12	19	26	
so	6	13	20	27	

SEPTEMBER

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	

OKTOBER

mo		2	9	16	23	30
di		3	10	17	24	31
mi		4	11	18	25	
do		5	12	19	26	
fr		6	13	20	27	
sa		7	14	21	28	
so	1	8	15	22	29	

NOVEMBER

mo		6	13	20	27
di		7	14	21	28
mi	1	8	15	22	29
do	2	9	16	23	30
fr	3	10	17	24	
sa	4	11	18	25	
so	5	12	19	26	

DEZEMBER

mo		4	11	18	25
di		5	12	19	26
mi		6	13	20	27
do		7	14	21	28
fr	1	8	15	22	29
sa	2	9	16	23	30
so	3	10	17	24	31