

## Anmeldung zur CoaguChek® PS-OAK Patientenschulung

### **Patientenangaben:**

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel P:	Tel. G:
Natel:	Fax G:/E-Mail
Geburtsdatum:	gewünschtes Kursdatum: _____
	Ausweichdatum (obligat. Angabe): _____
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Vers.-Nr.:</b>
<b>Adresse der Krankenkasse:</b>	

**Datum:** .....

**Unterschrift:** .....

Vom Hausarzt **bitte in Druckschrift und gut lesbar** auszufüllen:

### **Orale Antikoagulation:**

<b>Indikation/Operation:</b> ..... ..... ..... <b>Andere Diagnosen:</b> ..... .....	<b>seit:</b> ..... ..... ..... ..... .....	<b>INR Zielbereich:</b> _____ bis _____  <b>OAK seit:</b> ..... <b>Antikoagulans:</b> <input type="checkbox"/> Marcoumar <input type="checkbox"/> Sintrom  <b>Andere Medikamente</b> ..... ..... .....
In der Praxis bestimmen wir den Quickwert mit folgendem Gerät:  Reagens:		<b>Stempel und Unterschrift Hausarzt/-Ärztin:</b>   