

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): _____
Krankenkasse:	Vers.-Nr.:
Adresse der Krankenkasse:	

Datum:

Unterschrift:

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

Orale Antikoagulation:

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