

Anmeldung zur CoaguChek® PS-OAK Patientenschulung

Patientenangaben:

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Tel P:	gewünschtes Kursdatum (inkl. Ort) ►► (siehe Homepage)
Mobile:	
E-Mail:	Ausweichdatum (inkl. Ort)
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	AHV-Nr.: 756.
Adresse der Krankenkasse:	

Datum:

Unterschrift:

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

Orale Antikoagulation:

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