

Ärztliches Attest zur Verordnung eines CoaguChek®-Systemes

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Diagnose zur Begründung der Dauerantikoagulation	<input type="text"/>
Cumarinderivate Dosierung (Wochendosis)	<input type="text"/>
Beginn der oralen Antikoagulation	<input type="text"/>
Individueller therapeutischer Bereich in INR	<input type="text"/>
Kontraindikationen z.B. Hypertonus, Ulcus, etc.	<input type="text"/>
Begleiterkrankungen und deren Medikation	<input type="text"/>
Indikation zur Dauerantikoagulation	
<input type="checkbox"/> Kunstklappenersatz <i>post OP < 3 Monate ohne zusätzl. Begründung</i>	<input type="checkbox"/> Kunstklappenersatz <i>post OP > 3 Monate zusätzl. Begründung nötig</i>
<input type="checkbox"/> Künstl. Blutgefäßersatz	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung z.B. Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Thromboembolie z.B. nach rez. Beinvenenthrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt mit eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion inkl. einer fortgeschrittenen dilatativen Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/> Angeborene Gerinnungsstörung <input type="checkbox"/> AT-III-Mangel <input type="checkbox"/> Protein-C-Mangel <input type="checkbox"/> Faktor-II-Mutation <input type="checkbox"/> Faktor-V-Mutation
Notwendige Begründung zur Verordnung gemäß Hilfsmittelverzeichnis Produktgruppe 21	
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigte Venenverhältnisse	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, die Arztpraxis in regelmäßigen Abständen zu erreichen oder Pflegebedürftigkeit
<input type="checkbox"/> Dauerantikoagulation bei Kindern (Messung durch Eltern, bzw. später durch die Kinder selbst)	<input type="checkbox"/> Komplikation unter konventioneller Betreuung
Zusätzliche Begründungen zur Verordnung	
<input type="checkbox"/> Stark schwankende Gerinnungswerte	<input type="checkbox"/> Notwendigkeit der Messung: wöchentlich
<input type="checkbox"/> Hohe Antikoagulationsintensität erforderlich	<input type="text"/>
Datum:	
Praxisadresse / Stempel Unterschrift des Arztes	