

Ärztliches Attest zur Verordnung eines CoaguChek®-Systems - Vom Hausarzt auszufüllen! -

Name und Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Tel.:

Geburtsdatum:

Diagnose zur Begründung der Dauerantikoagulation:

Cumarinderivate Dosierung (Wochendosis):

Beginn der oralen Antikoagulation:

Individueller therapeutischer Bereich in INR:

Kontraindikationen z.B. Hypertonus, Ulcus, etc.:

Begleiterkrankungen und deren Medikation:

Indikation zur Dauerantikoagulation

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kunstklappenersatz
post. OP < 3 Monate
ohne zusätzl. Begründung | <input type="checkbox"/> Kunstklappenersatz
post. OP > 3 Monate
zusätzl. Begründung notwendig |
| <input type="checkbox"/> Künstl. Blutgefäßersatz | |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <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
Betreuung 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 | |

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel Arzt