

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

Name und Vorname:	
Straße / PLZ / Ort/	
Telefon:	
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 <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="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	
Datum	Unterschrift und Stempel Arzt