



# Gerinnungsmanagement

Ihr Arzt hat bei Ihnen entweder eine Störung der Blutgerinnung festgestellt oder Ihr Blut muss aus bestimmten Gründen (z.B. künstliche Herzklappe) verdünnt werden. Beide Situationen machen eine Behandlung mit einem Medikament zur Gerinnungshemmung (Antikoagulation) notwendig.

# Gerinnungsmanagement

Während einer oralen **Antikoagulation müssen die Blutwerte regelmäßig kontrolliert werden.** Um hier eine jederzeit optimale Einstellung zu erreichen, ist eine gute Kommunikation zwischen Ihnen als informiertem Patient und dem Thrombosedienst wichtig.

# easyPen©





# Das Formular ausfüllen



# Personendaten

Patientenname: Peter Müller

Patientennr.: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Geburtsdatum: 12.03.48

Zielbereich:	2,0 - 3,0
Eingangs-INR-Wert:	2,5
Datum:	20.05.10

# Abweichende Einnahme

Vom vorgegebenen Dosierschema abweichende Einnahmen:

Datum	TT.MM	TT.MM	TT.MM	TT.MM	TT.MM
Tabletten pro Tag					

# Medikamentenänderung

Änderung der Medikation:			
Präparat (Handelsname)	Dosis pro Tbl.	Zeitraum der Einnahme (von/bis)	Einnahme
	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/>

# Urlaubsplanung

Planung Urlaub (von/bis):

20.07 - 10.08

Reiseziel (Land):

Spanien

# Zahnarzt oder Operation

Planung Untersuchung / Eingriff / Operation:			
<input type="checkbox"/> stationäre Aufnahme	<input checked="" type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt / Hausarzt	<input type="checkbox"/> Injektion
Datum Untersuchung / Eingriff / OP:	12.06.10		
Art / Zweck:	<hr/>		
Anweisung des Arztes:	<hr/>		
Komplikationen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	

# Körperliches Befinden

**Veränderung des körperlichen Befindens:**

Nein  Ja (bitte spezifizieren)

<input checked="" type="checkbox"/> Fieber	aufgetreten (von/bis)	20.05	-	TT.MM	<input checked="" type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Durchfall	aufgetreten (von/bis)	TT.MM	-	TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Erbrechen	aufgetreten (von/bis)	TT.MM	-	TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Übelkeit	aufgetreten (von/bis)	TT.MM	-	TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	aufgetreten (von/bis)	TT.MM	-	TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Neu aufgetretene Erkrankungen: _____	aufgetreten (von/bis)	TT.MM	-	TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend

# Hämatome oder Blutungen

**Sichtbare Blutungen / Hämatome:**

Nein  Ja (bitte spezifizieren)

Blutung/Hämatom Aufgetreten (von/bis)

-    spontan  traumatisch

Größe:  < 5 cm  5 - 10 cm  > 10 cm

-    spontan  traumatisch

Größe:  < 5 cm  5 - 10 cm  > 10 cm


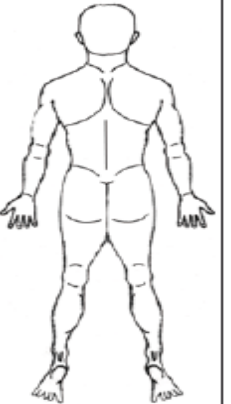
Blut im Urin  Blut im Stuhl  schwarzer Stuhlgang

Nasenbluten Frequenz:  mal pro Tag - Woche - Monat (zutreffendes bitte unterstreichen)

Schwellung Gelenk aufgetreten (von/bis)   -

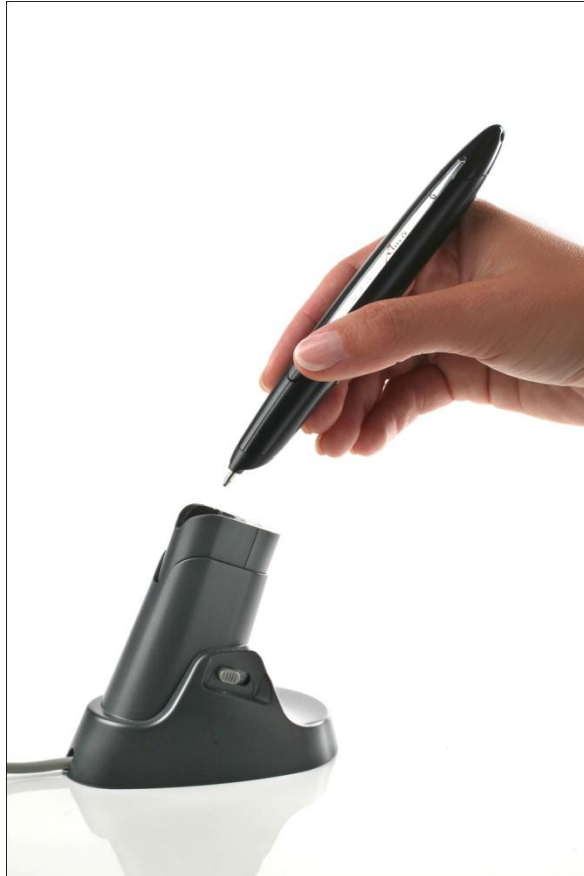
Schwellung Arm aufgetreten (von/bis)   -

Schwellung Bein aufgetreten (von/bis)   -

S: Schwellung B: Blutung

# Gerinnungsmanagement



# Gerinnungsmanagement

Gemeinsame Service Rufnummer für alle  
CareOnline  
Dienstleistungen

**Tel. 01805 252543**