

Ausweis für orale Antikoagulation

Document of identification for oral anticoagulation

Behandlung mit: Marcoumar® (Phenprocoumon) à 3 mg
 Sintrom® (Acenocoumarol) à ____ mg

Name / Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: Privat: _____

Geschäft / Mobil: _____

Geburtsdatum: _____

Indikation zur OAK: _____

Voraussichtliche
Dauer der OAK: _____

Ziel INR: _____

Behandelnde/r Ärztin / Arzt

Name: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Im Notfall verständigen: _____

Monat:**Jahr:****Monat:****Jahr:****Monat:****Jahr:**

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Monat:**Jahr:****Monat:****Jahr:****Monat:****Jahr:**

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Monat:**Jahr:****Monat:****Jahr:****Monat:****Jahr:**

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Monat:**Jahr:****Monat:****Jahr:****Monat:****Jahr:**

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Datum	Wert INR	Dosierung Anzahl Tabletten
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

Instruktionen für Patientinnen und Patienten

1. Das vom Arzt* verordnete Präparat vermindert die normale Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Hierdurch kann die Bildung von Blutgerinnseln (Thrombosen) weitgehend vermindert werden.
2. Die Einnahme der Tabletten muss unbedingt entsprechend den ärztlichen Weisungen, am besten immer zur gleichen Tageszeit, erfolgen. Eigenmächtige Änderungen der täglichen Tablettenmenge sind gefährlich.
3. Die Wirkung des Präparates muss an den vom Arzt festgelegten Terminen kontrolliert werden. Sollte dies einmal nicht möglich sein, ist mit dem Arzt Rücksprache zu nehmen.
4. Durch die Wirkung des Medikamentes können kleinere alltägliche Verletzungen länger als normal bluten. Dies erfordert in der Regel keine besonderen Gegenmassnahmen. Bei allen stärkeren Blutungen (Unfällen!) oder akut notwendigen Operationen (auch Zahnextraktionen) muss der betreffende Arzt oder Zahnarzt auf die Antikoagulantienbehandlung aufmerksam gemacht werden (Ausweis vorlegen!).
5. Wenn es zu Blutungen kommt oder andere Erkrankungen auftreten, muss sofort derjenige Arzt verständigt werden, der die Antikoagulantienbehandlung durchführt.
6. Es dürfen keine anderen Medikamente ohne Einverständnis des behandelnden Arztes eingenommen werden. Dies gilt auch für rezeptfreie Präparate, die in Apotheken und Drogerien erhältlich sind, z.B. Schmerz-, Abführ-, Stärkungsmittel, Vitaminkombinationen usw.
7. Die Lebens- und Ernährungsweise sollte möglichst gleichbleibend sein. Die Durchführung von speziellen Diäten sollte nur in Absprache mit dem Arzt erfolgen.
8. Diesen Ausweis muss der Patient immer – leicht auffindbar – bei sich tragen.

* Zu Gunsten einer besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist immer mitgemeint.