ANTIKOAGULANZIENBEHANDLUNG

Name Vorname

Geb.-Datum

Straße

PLZ Wohnort

Diagnose

GERINNUNGSSELBSTMANAGEMENT

VOLLE MOBILITÄT • EINFACHSTE HANDHABUNG • SICHERHEIT BEI JEDER MESSUNG

PATIENTENPASS

HEMOSENSE™

Behandelnder Arzt

Name

Adresse

Telefon

Antikoagulanzienbehandlung

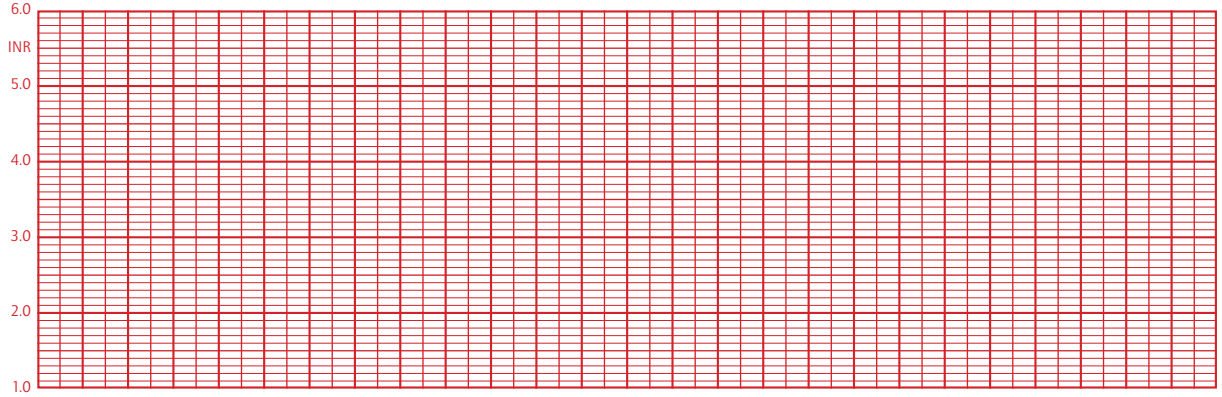
Mit ☐ Marcumar ☐ Coumadin

☐

Therapeutischer Bereich INR:

Datum																								
INR-Wert																								

Markieren Sie Bitte Ihren individuellen Zielbereich mit einem Farbstift



Datum	INR	Wochendosis	Dosierung							Bemerkungen
			Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	