



Sehr geehrter Herr / Frau Dr. _____

Unser gemeinsamer Patient (m/w/d): _____, geb.: _____
Name, Vorname

nimmt folgenden Blutverdünner _____ ein.

Für die folgende geplante chirurgische Behandlung:

in meiner Praxis, bitte ich Sie mir den aktuellen INR-Wert mitzuteilen, sowie die Einnahme des Blutverdünners vor, während und nach der Behandlung und diese zu überwachen.

INR: _____

Aus Ihrer Sicht soll der Blutverdünner wie folgt eingenommen werden: _____

Falls unser gemeinsamer Patient (m/w/d) eine Antibiotikaphylaxe vor der zahnärztlichen Behandlung einnehmen soll, bitte ich Sie mir dieses mitzuteilen.

Mitteilung: _____

Vielen Dank

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Zahnarzt

Arzt/Ärztin