Anhang 1: Fragebogen pAVK

Name	Vorname	Geburtsdatum	Datum

Für Patienten die folgende Einschlusskriterien erfüllen (und/oder):

- KHK
- Diabetes
- Hypertonie
- Alter >60 und männlich

1. Größe:_____ Gewicht: _____

2. Rauchen Sie? Ja O Nein O
   Wenn ja, wieviel? _____

3. Sind bei Ihnen andere Erkrankungen (außer den oben genannten) bekannt? Ja O Nein O
   Wenn ja, welche sind das? _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja O Nein O
   (Wenn ja, tragen Sie die Medikamente und die Einnahmezeiten (morgen-mittags-abends) bitte in den umseitigen Medikamentenplan ein)

5. Sind unter den Medikamenten auch blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar o.ä.) oder Plättchenhemmer (z.B. ASS o.ä.)? Ja O Nein O

6. Fühlen Sie sich beim Laufen eingeschränkt? Ja O Nein O
   Wenn ja, wie weit können Sie schmerzfrei gehen? _____

7. Hatten Sie in der Vergangenheit schlecht heilende Wunden? Ja O Nein O
   Wenn ja, wo? _____

8. Sind Ihre Beine oder Füße nach größerer Anstrengung bläulich verfärbt? Ja O Nein O

9. Hatten Ihre Eltern und Geschwister eine der folgenden Erkrankungen? Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes oder Gicht? Ja O Nein O

			Dosierung					
Regel-mäßig	**Medikamentenname und Wirkstoff**	**Stärke und Dar.-Form***	morgens	mittags	abends	zur Nacht	**Einnahmegrund / Kommentar**	**Vom Arzt verordnet**
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐

*Dar.-Form = Darreichungsform, z. B. Tablette, Saft, Spray, Tropfen, Salbe