

Vorname Nachname	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	Datum
------------------	---------------------------	-------

- **für Patienten ab 50 Jahren mit**
KHK, Diabetes, Hypertonie, periphere Gefäßkrankheiten, Atherosklerosen
- **für männliche Raucher ab 60 Jahren**

- Größe: _____ Gewicht: _____
- Rauchen Sie?** ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie viel? _____
- Sind bei Ihnen andere Erkrankungen (außer den oben genannten) bekannt?** ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche sind das? _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, tragen Sie die Medikamente und die Einnahmezeiten (morgens-mittags-abends) bitte in den untenstehenden Medikamentenplan ein.
- Sind unter den Medikamenten auch blutverdünnende Medikamente (z. B. Marcumar o.Ä.) oder Plättchenhemmer (z. B. ASS o.Ä.)?** ☐ Ja ☐ Nein
- Fühlen Sie sich beim Laufen eingeschränkt?** ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie weit können Sie schmerzfrei gehen? _____
- Hatten Sie in der Vergangenheit schlecht heilende Wunden?** ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wo? _____
- Sind Ihre Beine oder Füße nach größerer Anstrengung bläulich verfärbt?** ☐ Ja ☐ Nein
- Hatten Ihre Eltern und Geschwister eine der folgenden Erkrankungen: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes oder Gicht?** ☐ Ja ☐ Nein

Medikamentenplan

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

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