

# CheckUp+

## Fragebogen pAVK

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

Regelmäßig	Medikamentenname und Wirkstoff	Stärke und Dar.-Form*	Dosierung				Einnahmegrund/ Kommentar	Vom Arzt verordnet
			morgens	mittags	abends	zur Nacht		
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>
<input type="radio"/>								<input type="radio"/>

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