

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