

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 Nein
Wenn ja, wieviel? _____
3. Sind bei Ihnen andere Erkrankungen (außer den oben genannten)
bekannt? Ja Nein
Wenn ja, welche sind das? _____
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
(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 Nein
6. Fühlen Sie sich beim Laufen eingeschränkt? Ja Nein
Wenn ja, wie weit können Sie schmerzfrei gehen? _____
7. Hatten Sie in der Vergangenheit schlecht heilende Wunden? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____
8. Sind Ihre Beine oder Füße nach größerer Anstrengung bläulich verfärbt?
Ja Nein
9. Hatten Ihre Eltern und Geschwister eine der folgenden Erkrankungen?
Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes oder Gicht? Ja Nein

Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

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

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