

## Abklärungsdokumentation

--	--	--	--

SV-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--

(TTMMJJ)

Nachname, Vorname

**1.) Fußpulse tastbar:**

	<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
Arteria tibialis posterior: ...links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteria dorsalis pedis: ...links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**2.) Schweregrad der pAVK: Klassifikation nach Fontaine:**

Stadium	Symptome	Datum
I	Asymptomatische AVK	
II a	Claudicatio intermittens -bei Gehstrecke > 200 Meter	
II b	Claudicatio intermittens -bei Gehstrecke < 200 Meter	
III	Ruheschmerzen	
IV	Nekrose, Gangrän	

**3.) Schweregrad der CVI: Klassifikation nach Widmer:**

Stadium	Symptome	Datum
1	Reversible Ödeme, Corona phlebectatica, perimalleoläre KÖlbchenvenen	
2	Persistierende Ödeme, Hämosiderose und Purpura der US-Haut, Dermato-sklerose und Lipodermatosklerose, Atrophie blanche, Stauungsekzem, zyanotische Hautfarbe	
3	Ulcera Cruris	

**4.) PNP-Stimmgabeltest/Filamenttest:**

	Datum
Großzehengrundgelenk Wert:	
Malleolus medialis Wert:	



**5.) Doppleruntersuchung:**

Untersucherin/Untersucher	Ergebnis	Datum

**6.) Knöchel-Arm-Index:**

Untersucherin/Untersucher	Ergebnis	Datum

**7.) Erlaubt der Allgemeinzustand bzw. die spezielle Situation der Patientin bzw. des Patienten eine Intervention?**

ja                       nein

Wenn ja, dann sollte für das weitere Prozedere Rücksprache mit einer Spezialistin/einem Spezialisten gehalten werden. Wenn nein, ist vorerst keine weitere Abklärung notwendig.

## Abklärungsdokumentation

**Diagnosen und Begleiterkrankungen:**

**Medikation:**

**Wichtige Laborwerte/Befunde:**

**Allergien:**

**Weitere Abklärung durch eine Krankenhaus-Ambulanz:**

<b>Datum:</b>	<b>Einrichtung:</b>
<b>Leistung:</b>	
<b>Befund:</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Einrichtung:</b>
<b>Leistung:</b>	
<b>Befund:</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Einrichtung:</b>
<b>Leistung:</b>	
<b>Befund:</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Einrichtung:</b>
<b>Leistung:</b>	
<b>Befund:</b>	

--	--	--	--	--	--	--

**Datum der Erstellung (TTMMJJ)**

\_\_\_\_\_  
**Stempel und Unterschrift des/r Arztes/Ärztin**