

## Abklärungsdokumentation

--	--	--

--	--	--	--

SV-Nummer

(TTMMJJ)

Nachname, Vorname

**1.) Fußpulse tastbar:**

ja      nein

ja      nein

Arteria tibialis posterior: ...links

...rechts



Arteria dorsalis pedis: ...links

...rechts

**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, perimalleolare Körbchenvenen	
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>
---------------	---------------------

**Leistung:**

**Befund:**

<b>Datum:</b>	<b>Einrichtung:</b>
---------------	---------------------

**Leistung:**

**Befund:**

<b>Datum:</b>	<b>Einrichtung:</b>
---------------	---------------------

**Leistung:**

**Befund:**

<b>Datum:</b>	<b>Einrichtung:</b>
---------------	---------------------

**Leistung:**

**Befund:**

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

**Datum der Erstellung (TTMMJJ)**

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