

Datum: _____

Patientendaten:
(mit Tel.Nummer!)

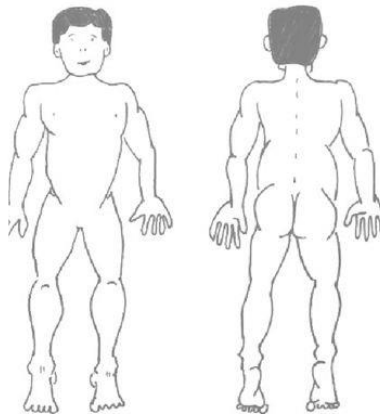
Pat.mobil? _____

Überweisung durch:

Was liegt vor?

- 1) Extremität warm oder kalt? _____
- 2) Beinschwellung? _____
- 3) Fußpulse tastbar? _____
- 4) Venenstränge? _____
- 5) Rötung oder Blässe? _____

Lokalisierung:



Vorbehandlung mit:

Abstrich erfolgt? _____

Problemkeim, z.B. MRSA? _____

Seit wann? _____ Erinnerungliches Trauma? _____ Schmerzhaft? _____

Größenprogress? _____ Fieber? _____ Varikosis? _____ Z.n. Thrombose? _____

Gehstreckenabhängige Beinbeschwerden? _____ Operativer Eingriff an den

Arterien? _____ Beinschwellung? _____

Allergien vorbekannt? _____

Medikation (Blutverdünner?) _____

Vorerkrankungen (Operationen? AVK? CVI? Herzinsuff.? Niereninsuff.? Diabetes?)

Technische Untersuchungen (auch Vorbefunde, soweit vorhanden): Fotodoku. mit Lineal o.ä. (schneller und genauer als Beschreibung), Abstrich, Doppler- / ABI-Messung, BZ, BB