

ENDOASKULÄRES ZENTRUM (EVZ) Anmeldung – pAVK

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsstatus: _____

Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Einweisende Praxis / Klinik: _____

Ansprechpartner: _____

2. Klinische Angaben

Betroffene Extremität: rechts links beidseits

Beschwerdedauer: _____

Fontaine: I IIa IIb III IV

Rutherford (optional): _____

Gehstrecke: _____ m

Ruhschmerz: ja nein

Ulcus / Nekrose: ja nein

Lokalisation: _____

3. Relevante Vorerkrankungen / Risikofaktoren

Diabetes mellitus

Arterielle Hypertonie

Dyslipidämie

Nikotinabusus

KHK

Niereninsuffizienz (Stadium ____)

Z. n. Schlaganfall / TIA

Antikoagulation / Thrombozytenhemmung: _____

Voroperation / Intervention an Beinarterien: _____

Sonstiges: _____

4. Vorliegende Diagnostik (beifügen)

Knöchel-Arm-Index: re ____ / li ____

Doppler-/Duplexsonographie

CT-Angiographie

MR-Angiographie

DSA

Fotodokumentation bei Wunden

Sonstiges: _____

5. Fragestellung an das Zentrum

Konservative Therapieoptimierung

Endovaskuläre Therapie (PTA / Stent / Atherektomie)

- Offen chirurgische Revaskularisation
- Hybridverfahren
- Zweitmeinung
- Verlaufskontrolle
- Sonstiges:

6. Dringlichkeit

- elektiv
- zeitnah
- Notfall (kritische Extremitätenischämie)

Regelhaft beteiligte Fachdisziplinen:

- Gefäßchirurgie
- Interventionelle Radiologie
- Kardiologie / Angiologie
- Diabetologie
- Anästhesiologie / Intensivmedizin (bei Bedarf)

Beschluss – Endovaskuläres Zentrum

Datum der Gefäßkonferenz: _____

Art: Ambulant Stationär

Zusammenfassende Bewertung:

Beschluss / Therapieempfehlung:

- Konservativ
- Endovaskulär
- Offen chirurgisch
- Hybrid
- Weiterführende Diagnostik
- Verlaufskontrolle

Geplantes Vorgehen:

Dringlichkeit: elektiv zeitnah Notfall

Verantwortliche Fachdisziplin: _____

Datum / Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das Dokument an folgende E-Mail-Adresse:
krefeld.evz@alexianer.de