



Patienteninformationen

Risiko-Check

Name	Vorname

PAVK: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

Beantworten Sie folgende Fragen und wählen Sie die jeweils zutreffende Antwort aus:

Sind Sie älter als 60 Jahre?	Ja	Nein
	Nein	
Haben Sie Schmerzen in der Wade beim Gehen?	Ja	Nein
	Nein	
Sind Sie Raucher / Raucherin?	Ja	Nein
	Nicht mehr	
	Nein	
Haben Sie einen Diabetes mellitus?	Ja	Nein
	Nein	
Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?	Ja	Nein
	Nein	
Gibt es bei Ihren nahen Familienangehörigen Gefäßerkrankungen (PAVK, Schlaganfall, Herzinfarkt)?	Ja	Nein
	Nein	
Haben Sie einen Bypass oder wurde eine Ballonerweiterung /Stentimplantation in irgendeiner Körperregion durchgeführt?	Ja	Nein
	Nein	
Haben Sie erhöhte Cholesterinwerte?	Ja	Nein
	Nein	
Summe	Σ	0

Nach: "Verschlussache PAVK", Deutsche Gesellschaft für Angiologie

Zählen Sie die Punkte zusammen und bestimmen Ihr Risiko.

Bei drei oder mehr Punkten geben Sie diesen Risiko-Check bei Ihrem Hausarzt ab und bitten um eine Beratung über Ihr PAVK-Risiko.