

## Formular für den Eintrag im Verzeichnis der PAVK Gruppen des arterioFit Projektes

Ihre Angaben werden im Verzeichnis der PAVK Gruppen des arterioFit Projektes aufgeführt. Dieses steht auf [www.angioweb.ch](http://www.angioweb.ch) zum Download bereit. Eingetragene PAVK Gruppen können jederzeit eine Änderung der Angaben beim arterioFit Projekt verlangen und werden mindestens alle zwei Jahre aufgefordert, ihre Daten zu aktualisieren. Für die Richtigkeit der Angaben übernimmt das arterioFit Projekt gegenüber Interessenten keine Gewähr. Die Verantwortung für die Qualität in der PAVK Gruppenarbeit obliegt der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt und der PAVK Therapeutin/dem PAVK Therapeuten.

Das arterioFit Projekt behält sich eine Prüfung der gemachten Angaben vor. Sind gewisse Fragen nicht oder nur unzureichend beantwortet, besteht kein Anspruch auf Aufnahme in das PAVK Gruppenverzeichnis. Dazu gehören insbesondere Angaben zu folgenden Punkten:

- Zuständiger Arzt, zuständige Ärztin
- Leiterin/Leiter Bewegungsprogramm mit Ausbildung
- Bewegungsprogramm
- Sicherheits- und Notfallkonzept

### Angaben für den Eintrag im PAVK Gruppenverzeichnis

<b>Name der PAVK Gruppe</b>	
<b>Ort</b>	
<b>Website (falls vorhanden)</b>	
<b>Kontaktperson und -adresse für Auskünfte</b> (für Anmeldung und allgemeine Informationen)	<b>Name:</b> <b>Adresse:</b>  <b>Tel. Geschäft:</b> <b>Tel. Privat:</b> <b>E-Mail:</b>
<b>Verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt</b>	<b>Titel, Name:</b> <b>Adresse:</b>  <b>Tel.:</b> <b>E-Mail:</b>  FMH-Titel <input type="checkbox"/> Angiologie <input type="checkbox"/> andere:  <input type="checkbox"/> Ärzte-Fortbildung als PAVK Gruppenleiterin/-leiter <input type="checkbox"/> Leitung amb. 12-Wochen-PAVK-Rehabilitations-Programm

<p><b>Weitere Ärzte</b></p>	<p><b>Titel, Name:</b></p> <p><b>Adresse:</b></p> <p>FMH-Titel    <input type="checkbox"/> Angiologie                   <input type="checkbox"/> andere:</p> <p><input type="checkbox"/> Ärzte-Fortbildung als PAVK Gruppenleiterin/-leiter <input type="checkbox"/> Leitung amb. 12-Wochen-PAVK-Rehabilitations-Programm</p>
<p><b>Verantwortliche/r PAVK Therapeut/in bzw. Leiterin/ Leiter PAVK Training</b></p>	<p><b>Name:</b></p> <p><b>Adresse:</b></p> <p><b>Tel:</b></p> <p><b>E-Mail:</b></p> <p><u>Ausbildung:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diplom PAVK Therapeut/in <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Sportlehrer/in / Sportwissenschaftler/in <input type="checkbox"/> andere Qualifikationen (z.B. Qualitop):</p>
<p><b>Weitere Therapeuten</b></p>	<p><b>Name:</b></p> <p><b>Adresse:</b></p> <p><u>Ausbildung:</u></p> <p>Therapeut/in: <input type="checkbox"/> Diplom PAVK Therapeut/in                   <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in                   <input type="checkbox"/> Sportlehrer/in / Sportwissenschaftler/in                   <input type="checkbox"/> andere Qualifikationen (z.B. Qualitop):</p> <hr/> <p><b>Name:</b></p> <p><b>Adresse:</b></p> <p><u>Ausbildung:</u></p> <p>Therapeut/in: <input type="checkbox"/> Diplom PAVK Therapeut/in                   <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in                   <input type="checkbox"/> Sportlehrer/in / Sportwissenschaftler/in                   <input type="checkbox"/> andere Qualifikationen (z.B. Qualitop):</p>

<p><b>Bewegungsprogramm</b></p> <p>Bitte Aktivitäten definieren, z.B. Laufband oder freies Gehtraining, Krafttraining...</p> <p>Falls pro Aktivität mehrere Trainingszeiten und/oder – orte diese bitte angeben!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Aktivität 1:</u> _____            Tag/Zeit:            Ort:</li> <li>• <u>Aktivität 2:</u> _____            Tag/Zeit:            Ort:</li> <li>• <u>Aktivität 3:</u> _____            Tag/Zeit:            Ort:</li> <li>• <u>Aktivität 4:</u> _____            Tag/Zeit:            Ort:</li> </ul>
<p><b>Weitere regelmässige Angebote</b></p>	<p> <input type="checkbox"/> Vorträge                      <input type="checkbox"/> Stressmanagement/Entspannungstechnik  <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung        <input type="checkbox"/> Ausflüge  <input type="checkbox"/> Rauchstoppperatung        <input type="checkbox"/> anderes:         </p>
<p><b>Kosten zu Lasten der Teilnehmer/innen</b></p>	<p>Fr. pro Trainingseinheit</p> <p>Fr. pro Jahr</p> <p>Fr. pro Halbjahr</p> <p>Fr. pro Quartal</p> <p>Andere Kostenregelung:</p> <p>Bemerkungen (z.B. zusätzliche Vergünstigungen):</p>

Weitere Angaben (erscheinen nicht im öffentlichen Verzeichnis der PAVK Gruppen)	
Name der PAVK Gruppe	
Ort	
Gründungsjahr	
Organisationsform (z.B. Verein)	
Anzahl Mitglieder	Aktive: _____ Passive: _____
Mitglieder	<input type="checkbox"/> Sind mehrheitlich Patient/innen mit PAVK <input type="checkbox"/> Mitglieder mit anderen Erkrankungen oder Risiken, nämlich:
Spezielles Programm für PAVK-Patienten	<b>Bitte beilegen.</b>
Sicherheits- und Notfallkonzept	<p>Die PAVK Gruppe verfügt über ein Sicherheits- und Notfallkonzept, das vom leitenden Arzt für gut befunden wurde, regelmässig aktualisiert und den Mitgliedern zur Kenntnis gebracht wird.</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<p><b>Bitte Sicherheits- und Notfallkonzept beilegen.</b></p> <p>Die PAVK Gruppe verfügt über einen externen automatischen Defibrillator (AED), der regelmässig gewartet wird. (optional)</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorkommnisse mit schweren Komplikationen	<p style="text-align: right;"><b>Monat/Jahr</b></p> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Kardiovaskuläre Komplikation exkl. Kreislaufstillstand mit Spitalbedürftigkeit <span style="float: right;">/</span> <input type="checkbox"/> Kreislaufstillstand / Reanimation <span style="float: right;">/</span> <input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hypoglykämie <span style="float: right;">/</span> <input type="checkbox"/> Schwere therapiebedürftige Hyperglykämie <span style="float: right;">/</span> <input type="checkbox"/> Andere: <span style="float: right;">/</span> <input type="checkbox"/> Nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Arzt wurden die Details abgeklärt und protokolliert.
	Bemerkungen zum Verlauf:

**Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben korrekt sind.**

Name, Vorname, Leiter/in der PAVK-Langzeitgruppe

Ort, Datum:

Unterschrift:

**Erforderliche Beilagen**

- **Sicherheits- und Notfallkonzept**
- **Spezielles Programm für PAVK-Patienten**

Das Formular steht auch auf [www.angioweb.ch](http://www.angioweb.ch) zum Download bereit.

**Bitte senden Sie Ihre Angaben an:**

Administration PAVK-Rehabilitation/Arteriofit  
c/o Klinik für Angiologie  
Universitätsspital Basel  
Petersgraben 4  
CH-4031 Basel