

Im Folgenden wird die männliche Form bei personalisierter Ansprache verwendet, gemeint sind jedoch alle Geschlechtsformen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Anerkennung als „Internist in der Rehabilitation mit Gefäßexpertise“ entsprechend den geforderten Vorgaben der DGA/DGPR im Rahmen der Übergangsregelung.

Antragsteller:

Eingereichte Unterlagen:

- Anteil angiologischer Patienten (angiologische Hauptindikation für die Rehabilitation) in den letzten 5 Jahre in der Rehabilitationsklinik (min 10 %):
%
- Umsetzung der eigenständigen angiologischen Rehabilitation (min.1 Jahr) seit : Jahre/n
- Angiologische Therapiepläne zur Vorlage (min. 20):
- Angiologische Entlassbriefe (angiologische Hauptindikation für die Rehabilitation) zur Vorlage (min. 20):
- Angiologisches Therapiekonzept:

Wir bitten um Übersendung der Therapiepläne und Entlassbriefe in anonymisierter Form.

Hiermit bestätige ich, dass ich die folgend genannten Bedingungen anerkenne:

1. Die Bezeichnung „Internist in der Rehabilitation mit Gefäßexpertise“ kann ausschließlich dann erworben werden, wenn man schwerpunktmäßig in der Rehabilitation arbeitet. Die Bezeichnung beinhaltet die Expertise auf dem Gebiet der Rehabilitation.
2. Die Bezeichnung ist im Kontext mit einer stationären oder ambulanten Tätigkeit in der Rehabilitation verbunden.
3. Der Erwerb der Bezeichnung im Rahmen der Übergangsregelung ist gekoppelt an den Nachweis der Tätigkeit in einer Einrichtung, welche formell die Struktur- und Prozessvoraussetzungen einer „Rehabilitationsklinik mit Gefäßexpertise“ erfüllt.

4. Sollte der Antragsteller mit einer derart im Rahmen der Übergangsregelung erworbenen oder nach Absolvierung des Curriculums erhaltenen Bezeichnung in eine andere Rehabilitationseinrichtung wechseln, darf er die Bezeichnung beibehalten. Die Bezeichnung wird im Rahmen einer Zertifizierung „Rehabilitationsklinik mit Gefäßexpertise“ anerkannt, sofern der Antragsteller er dann in der neuen Einrichtung eine spezialisierte angiologische Rehabilitation aufbaut und zur Zertifizierung einreicht.

5. Solange die Struktur- und Prozessvoraussetzungen der Einrichtung jedoch nicht erfüllt sind, kann auf Grund der personellen Anerkennung kein Marketing als DGA/DGPR anerkannte spezialisierte angiologische Rehabilitation erfolgen.

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift, Stempel

Geforderte Erfüllungsgrade

Nachweis der Fähigkeiten in der angiologischen/sozialmedizinische Funktionsdiagnostik

Untersuchungsmethode	Minimale Anzahl gefordert / jährlicher Durchschnitt
FDKS periphere Gefäße	100
FKDS andere Gefäßregionen	30
Laufbandergometrie / Gehstreckenmessung	150
Beurteilung der Wegefähigkeit	100
ABI Messungen	200
Gesamt	580

Bewertungsmatrix: Kriterium gilt als erfüllt, wenn mindestens 90% (432) der geforderten Untersuchungen/Jahr nachgewiesen wurden.

Peer Review Arztbriefe von angiologischen Rehabilitanden

- Rehabilitative Angebote mit angiologischen Inhalten nachvollziehbar vorhanden
- Spezialisierte angiologische sozialmedizinische Beurteilung vorhanden
- Gehstrecke am Anfang und Ende der Rehabilitation
- Stimmige Diagnosen

Dieses Kriterium gilt als erfüllt, wenn 75 % aller Kriterien als erfüllt beurteilt wurden.

Peer Review Therapiepläne von angiologischen Rehabilitanden

- Ernährungsberatungsangebote
- Sporttherapeutische/Physiotherapeutische Angebote
- Spezifische Schulungen
- Spezialisierte angiologische Diagnostik am Anfang und Ende der Rehabilitation
- Psychologische Angebote
- Raucherentwöhnung

Dieses Kriterium gilt als erfüllt, wenn 75% aller Kriterien als erfüllt beurteilt wurden.

Gesamtauswertung

- Nachweis der Tätigkeit über min. 2 Jahre in der spezialisierten angiologischen Rehabilitation
- Nachweis der Fähigkeiten in der Funktionsdiagnostik
- Peer Review Briefe
- Peer Review Therapiepläne

Bei einer Abweichung kann die Zertifizierung nicht erteilt werden.

Nachweis der Kriterien zum Antrag auf Anerkennung als „Internist in der Rehabilitation mit Gefäßexpertise“ im Rahmen der Übergangsregelung in einer spezialisierten angiologischen Rehabilitation, welche die Kriterien zum Erwerb der Anerkennung als „Rehabilitationsklinik mit Gefäßexpertise“ erfüllt

Bitte füllen Sie die folgenden Seiten entsprechend dem aktuellen Stand aus und sollten Sie bereits konkrete Planungen zur Erfüllung der Struktur-und Prozessvoraussetzungen haben, weisen Sie diese bitte z.B. durch einen Anmeldungsnachweis etc. nach.
Im Folgenden wird die männliche Form bei personalisierter Ansprache verwendet, gemeint sind jedoch alle Geschlechtsformen.

Nachweis der Tätigkeit in der angiologisch spezialisierten Rehabilitation*

Zeitraum	Fachabteilung	Name des Chefarztes

*entsprechend den Struktur- und Prozessvoraussetzungen der angiologischen Rehabilitation (siehe ab Seite 4)

Nachweis der Fähigkeiten in der angiologischen Funktionsdiagnostik

Untersuchungsmethode	Anzahl der Untersuchungen /Jahr	Minimale Anzahl gefordert/jährlicher Durchschnitt	Bescheinigung durch Vorgesetzten (Chefarzt oder Klinikleitung)
FKDS periphere Gefäße		100	
FKDS andere Gefäßregionen		30	
Laufbandergometrien / Bestimmung der Gehstrecke		150	
Bestimmung der Wegefähigkeit		100	
ABI Messungen		200	

**Nachweis der Struktur- und Prozessvoraussetzungen der angiologischen
Rehabilitation im Rahmen der Übergangsregelung zum Erwerb der persönlichen
Anerkennung als „Internist in der Rehabilitation mit Gefäßexpertise“**

Personelle Vorgaben

Punkt Nr.	Qualifikation	Anzahl VZ	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
1	Rehabilitativ tätiger Internist mit Zusatzzertifikat der DGRP/DGA zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Angiologische Expertise in der kardiologischen Rehabilitation“	Alternativ zu Punkt 2 1,0	Ausgewiesen durch Abschluss des Curriculums DGPR/ DGA „Internist in der Rehabilitation mit angiologischer Expertise“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Internist mit Schwerpunkt Angiologie	Alternativ zu Punkt 1	Sollte ein Internist mit Schwerpunkt Angiologie in der Rehabilitationseinrichtung des Antragstellers tätig sein, entfällt Punkt 1 als Voraussetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Rehabilitationsmediziner	Alternativ zu Punkt 4 1,0	Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Rehabilitationswesen“ der jeweiligen Landesärztekammern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Sozialmediziner	Alternativ zu Punkt 3 1,0	Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ der jeweiligen Landesärztekammern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Punkt Nr.	Qualifikation	Anzahl VZ	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
5	Psychologe oder Psychotherapeut	Mindestvorgabe Erfüllen des DRV-Schlüssels	Nachweis der Teilnahme an einem zertifizierten Kursleiter-Seminar-zur Durchführung der Tabakentwöhnung (z. B. „Rauchfrei-Programm“ IFT, Astra - Programm, Landesärztekammern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Pflegepersonal mit Kompetenz in Wundversorgung	1,0	Examiniertes Krankenpflegepersonal mit Weiterbildung zum Wundmanager und Wundkonzept mit Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Diätassistent, Ökotrophologe	Mindestvorgabe Erfüllen des DRV- Schlüssels	Ernährungsberater DGE oder Diätassistent mit gültigem Fortbildungszertifikat des VDD oder Ökotrophologe mit Zertifikat Ernährungsberater des VDOE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Diabetesberater DDG	Angestrebter Weiterbildungs-beginn innerhalb von 2 Jahren nach Erwerb des Zertifikates	Spezialisierte Weiterbildung nach DDG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bereich soziale Arbeit: Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge	Mindestvorgabe Erfüllen des DRV-Schlüssels	Aktive Zusammenarbeit wegen LTA mit Berater der DRV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Sporttherapeut mit Zusatzmodul zum DGA/DGPR zertifizierten „Gefäßtrainer“	1,0	Erwerb DGA/DGPR zertifizierte Zusatzqualifikation „Gefäßtrainer“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkt Nr.	Qualifikation	Anzahl VZ	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
11	Physiotherapie	1,0	Erwerb der Zusatzqualifikation „Lymphtherapeut“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Medizinisches Assistenzpersonal oder Pflegepersonal mit angiologischer Grundweiterbildung	1,0	Erwerb der Zusatzqualifikation „Angiologieassistent/in DGA“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Alternativ: Erwerb der Grundweiterbildung durch 4 - wöchige Hospitation bei einem „Angiologieassistent/in DGA“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Entfällt: bei interner Weiterbildungsmöglichkeit in Anwesenheit eines Internisten und Angiologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kooperationspartner in kurzfristig erreichbarem Umfeld der Klinik mit „Angiologischer Expertise“		Interventioneller Angiologe oder Radiologe (ambulant oder stationär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Gefäßchirurg (ambulant oder stationär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Chirurgische Wundversorgung (amb. oder stationär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sanitätshaus zur Heilmittelversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Strukturelle Vorgaben

Punkt	Strukturelle Vorgaben	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
1	Angiologische nichtinvasive Diagnostik	○ Duplexsonographische Gefäßuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		○ Arterielle Verschlussdruckmessung (ABI) in Ruhe und nach Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Laufband (ggf. mit prä- und post- Test ABI Messmöglichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Standardisierte Bestimmung der Gehstrecke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Sozialmedizinische Beurteilung, Bestimmung der Wegefähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ wünschenswert:			
		○ Optische Pulsoszillographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	○ TcPO2 Messung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Allgemeine Schulungsmedien	○ Flipchart, Tafel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Beamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Materialien zur Dokumentation der Gehstrecken während der Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Materialien zur Dokumentation des selbständigen Gehtrainings in der Häuslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkt	Strukturelle Vorgaben	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
3	Allgemeine Schulungsunterlagen	Strukturierte Curricula und Schulungsunterlagen zu den Themen: <ul style="list-style-type: none"> • Entstehung der PAVK • Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren • Durchführung und Dokumentation des Gehtraining • Durchführung und Dokumentation des Gefäßtrainings 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wundmanagement	○ Raum für Wundversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Psychologische Beratung und Intervention	○ Raum für Einzelgespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Raum für Gruppenschulung und Seminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ernährungsberatung	○ Lehrküche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Gruppenschulungsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Lehrbüfett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Einkaufstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Anschauungsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Lebensmittel, Lebensmittelverpackungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ			
○ Möglichkeiten zur PC-gestützten individuellen Ernährungsanalyse und -beratung (durch Fachgesellschaften evaluierte Programme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Sporttherapie	○ Turnhalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Gymnastikraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		○ Motomed Arme und Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkt	Strukturelle Vorgaben	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
		<input type="checkbox"/> Ergometer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Standardisierte Gehstrecke (z. B. Metronom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Laufband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Markierung von Gehstreckenlängen indoor und outdoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ <input type="checkbox"/> Bewegungsbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ			
		<input type="checkbox"/> Barfußweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Wassertreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Zweizellenbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Schwellstrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Bindegewebsmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Galvanischer Strom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sozialdienst	Erfassung arbeits- und berufsbezogener Problemlagen mit geeigneten Instrumenten (z.B. Würzburger Fragebogen, SIMBO-C, SIBAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Labor	Qualitätsgesicherte Laborbestimmungen incl. CRP, HbA1c, Plasmaglukose, LDL, HDL, Chol, Tri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spezielle Inhalte der „Angiologischen Rehabilitation“

Nr. Punkt	Klinische Bestandteile	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
1	Ärztliche zusätzliche angiologische Leistungen	Aufnahmeuntersuchung wird ergänzt um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Kompletten Pulsstatus inkl. Auskultation und Rekapillarierungszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Inspektion und Untersuchung der Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Erfassung des Schuhwerkes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Wundstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		• Untersuchung mit Stimmgabel bei Verdacht auf PNP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angiologische Eingangs-und Ausgangsdiagnostik (mit MFA mit angiologischer Expertise) inklusive Wegefähigkeit, Gehstrecken, Duplexsonographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dokumentation der ärztlichen und patientenbezogenen angiologischen Therapieziele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Erstellung eines angiologisch qualifizierten Therapieplanes einschließlich selbständiger Übungsanteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gefäßsprechstunde durch Arzt mit Gefäßexpertise (Einzeltherapie) mit individueller Erläuterung der Erkrankung und Erfassung der Nachhaltigkeitsziele und deren Erreichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Erfassung des kardiovaskulären Risikoprofils	Labor: Routineuntersuchung inkl. CRP, HbA1C und Nüchtern-Plasma-Glukose, Lipidprofil mit Cholesterin, Triglyceriden, HDL, LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hypertonus: 3x RR tgl für 3 d oder 24 h RR Messung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nikotinabusus: Dokumentation am Anfang und Ende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		familiäre Prädisposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Screening auf familiäre HLP/ggf. Lp(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkt Nr.	Klinische Bestandteile	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
3	Wundmanagement	Regelmäßige Wundvisite und Dokumentation des Wundverlaufes unter Supervision eines Wundmanagers und Arztes mit angiologischer Expertise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ggf. Versorgung mit Spezial-Schuhwerk oder Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sporttherapie	Bewegungstraining in speziellen leistungsadaptierten PAVK Gruppen entsprechend dem Curriculum der DGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tgl. Gefäßtraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gehtraining geführt und selbständig mit Dokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Motomed Arme und Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Bei Beckenarterienprozessen zusätzlich Ergometertraining im Intervall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Laufbandtraining bei OS und US-Prozessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Verschiedene Angebote an Ausdauerbewegungsmöglichkeiten (z. B. Nordic-Walking etc., Schwimmbad) zur Erhöhung der kardiopulmonalen Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Physiotherapie	Lymphdrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Fakultativ			
		Anwendung von Zweizellenbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Schwellstrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Galvanischer Strom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Barfußweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassertreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Punkt Nr.	Klinische Bestandteile	Bemerkungen	Ja	Nein	in Planung
		Bindegewebsmassage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ernährungsberatung/ Diabetesberatung	Lehrküche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gruppenschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Individualisierte Einzelberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Diabetesschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Sozialmedizin	Einzelgespräche mit Sozialmedizinisches Team (Arzt, Sozialarbeiter, Sporttherapeut, Psychologe) inklusive Beratung zu LTA, Nachsorge etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Soziale Beratung in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Psychologische Beratung und Intervention	Standardisierte Angebote zur Tabakentwöhnung inklusive CO Messung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Nikotinersatztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Krankheitsverarbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Angebote zur Verbesserung der Nachhaltigkeit des Gehtrainings mit Erarbeitung von Überwindungsstrategien bei Hindernissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Diagnostik psychischer Belastungen durch Screeningverfahren (z.B. HADS, PHQ) und Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität (z.B. VascuQol-6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

Datum, Ort

.....

Unterschrift, Stempel