



Fußnetz Deutschland

Telefoninterview zum Behandlungsende bei DFS von (Name des Patienten)

Gespräch mit Arzt (Name des Arztes):

am:

Bypass oder Ballondilatation am Bein während des Behandlungszeitraums:

Stationärer Aufenthalt während des Behandlungszeitraums (Zahl der stationären Tage)?:

Amputation während des Behandlungszeitraums re/li (welche Höhe?):

Behandlungsergebnis (nur eine der drei Alternativen):

Verstorben während des Behandlungszeitraums am:

Todesursache (Zusammenhang wenn auch weitläufig mit dem DFS?):

Heilung (auch mit Defekt) am:

Auch bei Interviewpartner vor Ende der Behandlung nicht mehr erschienen seit:

Datum

Unterschrift