

## Herzlich willkommen

in meiner Gefäßsprechstunde mit Schwerpunkt Venendiagnostik und -therapie

### Ihre persönlichen Daten

Titel	Vorname	Nachname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum		Beruf	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße	Nr.	PLZ	Stadt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (privat / geschäftlich)		E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name der Krankenversicherung (Privat / Basistarif / GKV)			
<input type="text"/>			

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Durch den Hausarzt /-ärztin, Name: \_\_\_\_\_
- Durch den Facharzt /-ärztin, Name: \_\_\_\_\_
- Patientenempfehlung
- Werbung in: \_\_\_\_\_
- Internet

### Welche Beschwerden an den Beinen haben Sie?

- Schwellneigung                       Schweregefühl                       Spannungsgefühl
- Krämpfe                                       Schmerzen                               Mißempfindungen

### Haben Sie bereits Krampfadern?

- Ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_                       Nein

### Hatten Sie schon eine oberflächliche Venenentzündung?

- Ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_                       Nein

### Hatten Sie schon eine tiefe Beinvenenthrombose?

- Ja, Lokalisation: \_\_\_\_\_                       Nein

### Hatten bzw. haben Sie ein offenes Bein?

- Ja                                       Nein

**Ist Ihre Haut an den Unterschenkeln bräunlich verfärbt?**

- Ja  Nein

**Müssen Sie in Ihrem Beruf**

- viel sitzen?  viel stehen?  schwere Gegenstände tragen?

**Sind an Ihren Venen folgende Venenbehandlungen durchgeführt worden?**

- Ja, Verödungen (Sklerosierungen), wann? \_\_\_\_\_, welches Bein? \_\_\_\_\_  
 Ja, Operation (Stripping), wann? \_\_\_\_\_, welches Bein? \_\_\_\_\_  
 Ja, Laser-/Radiowellentherapie, wann? \_\_\_\_\_, welches Bein? \_\_\_\_\_  
 Hautlaser, wann? \_\_\_\_\_, welches Bein? \_\_\_\_\_  
 Nein

**Tragen Sie Stützstrümpfe oder medizinische Kompressionsstrümpfe?**

- Ja, gelegentlich  
 Ja, regelmäßig tagsüber  
 Nein

**Haben / hatten Ihre Eltern oder Großeltern**

- Krampfadern?**  Ja  Nein  
**Thrombose/Lungenembolie?**  Ja  Nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

- Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Nein

**Für Frauen: Hatten Sie Schwangerschaften?**

- Ja, wie viele? \_\_\_\_\_  
 Ja, ich bin zurzeit schwanger  
 Nein

**Möchten Sie mir gerne noch etwas mitteilen?**

---

---

---

Für Sie wird eine elektronische Patientenakte angelegt und verwaltet. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGb. Selbstverständlich sind auch alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Praxis zur absoluten Vertraulichkeit im Umgang mit Ihren persönlichen Patientendaten verpflichtet.