

Herzlich willkommen

in meiner Gefäßsprechstunde (Erstuntersuchung Lymphödem)

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 haben Sie?

- Schwellneigung Schweregefühl Spannungsgefühl
- Krämpfe Schmerzen Mißempfindungen

Wo sind die Beschwerden (Umfangvermehrung bzw. Schwellneigung/Ödem) lokalisiert?

- Arm** rechts links
- Bein** rechts links

Ist die Schwellung über Nacht rückläufig?

- ja nein

Haben Sie Krampfadern?

- Ja, Lokalisation: _____ Nein

Hatten Sie schon eine oberflächliche Venenentzündung?

- Ja, Lokalisation: _____ Nein

Hatten Sie schon eine Thrombose oder ist eine Thrombose in der Familie bekannt?

- Ja: _____ Nein

Wer leidet in Ihrer Familie an einem Lymphödem oder auffällig dicken Beinen?

niemand Mutter Großmutter Tante Andere: _____

Müssen Sie in Ihrem Beruf

viel sitzen? viel stehen? schwere Gegenstände tragen?

Treiben Sie Sport?

nein ja, _____ x/Woche, Sportart: _____

Haben Sie bisher manuelle Lymphdrainage erhalten?

ja, _____ x wöchentlich nein

Falls ja, hilft die Lymphdrainage oder hat sie geholfen?

nein, gar nicht etwas zufriedenstellend sehr gut

Tragen Sie medizinische Kompressionsstrümpfe?

- Ja, gelegentlich
- Ja, regelmäßig tagsüber
- Nein

Welche Kompressionsstrümpfe tragen Sie?

- bis Oberschenkel reichend?
- bis US/Knie reichend?
- rundgestrickt?
- flachgestrickt

Sind Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

Ja, welche? _____ Nein

Sind Operationen durchgeführt worden?

Ja, welche? _____ Nein

Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Operation und der aufgetretenen Schwellung/Ödem?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____
 Nein

Grösse (cm) : _____

Aktuelles Gewicht (kg): _____

Früheres Maximalgewicht (kg): _____

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.