

Herzlich willkommen

in meiner Gefäßsprechstunde (Erstuntersuchung Lipödem)

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

Neigen Sie zu blauen Flecken/ Blutergüssen (Hämatomen)?

- ja nein

Besteht Berührungsempfindlichkeit oder Druckschmerz an den Beinen?

- ja nein

Haben Sie bereits 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 Lipödem oder auffällig dicken Beinen?

niemand Mutter Großmutter Tante Andere: _____

Müssen Sie in Ihrem Beruf

viel sitzen? viel stehen? schwere Gegenstände tragen?

Wie beurteilen Sie die Einschränkung Ihrer Arbeitsfähigkeit durch das Lipödem?

gar nicht etwas sehr stark arbeitsunfähig

Haben Sie eine Ernährungsumstellung oder Diäten versucht?

gar nicht etwas

Treiben Sie Sport?

nein ja, _____ x/Woche, Sportart: _____

Haben Sie 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

Haben Sie bereits eine Liposuktion erhalten?

Ja, wann? _____ Nein

Sind Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?

Ja, welche? _____ Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____
 Nein

Grösse (cm) : _____

Aktuelles Gewicht (kg): _____

Früheres Maximalgewicht (kg): _____

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.