

Liebe Patientin, lieber Patient,

als Vorinformation für Ihren Termin bei uns bitten wir Sie, die folgenden Fragen – soweit möglich – zu beantworten.
Vielen Dank!

Persönliche Daten:

.....

Vor- und Name der Patientin/des Patienten Geburtsdatum

.....

Krankenkasse

.....

Straße Hausnummer PLZ / Wohnort

.....

Unter welcher Telefonnummer sind Sie tagsüber am besten erreichbar?.....

.....

Wer ist Ihr Hausarzt?

.....

Durch welchen Arzt wurden Sie zu uns überwiesen?.....

.....

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?
Bitte kreuzen Sie an.

- hoher Blutdruck (Hypertonie)
- koronare Herzerkrankung
- Herzrhythmusstörungen
- Herzmindereistung (Herzinsuffizienz)
- erhöhten Blutfettwerten (Hyperlipidämie)
- Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2
- Blutgerinnungsstörungen bzw. neigen Sie zu Blutergüssen?

Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie oft am Tag? _____ Mal pro Tag

Wurde die Funktion Ihrer Schilddrüse schon einmal untersucht? Ja Nein

Wurden die Funktionen Ihrer Nieren schon einmal untersucht? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen, Schwellungen, Spannungs- oder Schweregefühle in den Beinen? Ja Nein

Wurden Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? Ja Nein

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Thrombose
- Lungenembolie
- „offenes Bein“ (Ulcus)

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe? Ja Nein

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar®, ASS, Aspirin® etc.? Ja Nein

Üben Sie einen eher stehenden oder eher sitzenden Beruf aus? Ja Nein

Sind Sie derzeit schwanger oder beabsichtigen dies in Kürze zu werden? Ja Nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, gegen was? Ja Nein
.....

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein
.....

Gibt es in Ihrer Familie Mitglieder mit Gefäßerkrankungen? Ja Nein

Wurden Sie schon einmal gefäßchirurgisch operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und an was?
.....

Wie groß sind Sie? _____ cm

Wie viel wiegen Sie? _____ kg