

Herzlich willkommen

in meiner Gefäßsprechstunde

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

Haben Sie folgende Beschwerden an den Beinen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in Ruhe | <input type="checkbox"/> Schmerzen bei Bewegung | <input type="checkbox"/> Krämpfe |
| <input type="checkbox"/> Kalte Füße | <input type="checkbox"/> Schlecht heilende Wunden | <input type="checkbox"/> Mißempfindungen |

Sind bei Ihnen folgende kardiovaskulären Risikofaktoren bekannt?

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Fettstoffwechselstörung (z.B. hoher Cholesterinwert)
- ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- ☐ Übergewicht, Körpergröße? _____, Körpergewicht? _____
- ☐ Rauchen, Anzahl der Zigaretten pro Tag: _____

Frühere Erkrankungen

- ☐ Herzgefäßerkrankung (KHK)
- ☐ Herzinfarkt, wann? _____
- ☐ Bypass-Operation, Ballonaufdehnung, Stent, wann? _____
- ☐ Bekannte Einengung oder Verkalkung der Blutgefäße am Hals
- ☐ Schlaganfall, wann? _____
- ☐ Schaufensterkrankheit (pAVK)

Sind in der Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Herzgefäßerkrankung (KHK)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Schaufensterkrankheit (pAVK) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ☐ Wenn ja, welche? _____
- ☐ Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente, z.B. ASS, Plavix, Xarelto Eliquis, Edoxaban, Pradaxa, Marcumar) ein?

- ☐ Wenn ja, welche? _____
- ☐ 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.