

## 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?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwellneigung | <input type="checkbox"/> Schweregefühl | <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe        | <input type="checkbox"/> Schmerzen     | <input type="checkbox"/> 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.