

Herzlich willkommen

in meiner Gefäßsprechstunde (Erstuntersuchung Lipödem)

Ihre persönlichen Daten

Titel

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

Nr.

PLZ

Stadt

Telefonnummer (privat / geschäftlich)

E-Mail-Adresse

Name der Krankenversicherung (Privat / Basistarif / GKV)

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.