

## Herzlich willkommen

in meiner Gefäßsprechstunde (Erstuntersuchung Lymphödem)

### 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 haben Sie?

- Schwellneigung       Schweregefühl       Spannungsgefühl
- Krämpfe       Schmerzen       Mißempfindungen

### Wo sind die Beschwerden (Umfangsvermehrung bzw. Schwellneigung/Ödem) lokalisiert?

- Arm**    rechts       links
- Bein**    rechts       links

### Ist die Schwellung über Nacht rückläufig?

- ja       nein

### Haben Sie 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 Lymphödem oder auffällig dicken Beinen?**

niemand    Mutter    Großmutter    Tante    Andere: \_\_\_\_\_

**Müssen Sie in Ihrem Beruf**

viel sitzen?    viel stehen?    schwere Gegenstände tragen?

**Treiben Sie Sport?**

nein    ja, \_\_\_\_\_ x/Woche, Sportart: \_\_\_\_\_

**Haben Sie bisher 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

**Welche Kompressionsstrümpfe tragen Sie?**

bis Oberschenkel reichend?  
 bis US/Knie reichend?  
 rundgestrickt?  
 flachgestrickt

**Sind Vorerkrankungen bei Ihnen bekannt?**

Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Sind Operationen durchgeführt worden?**

Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Operation und der aufgetretenen Schwellung/Ödem?**

Ja    Nein

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Nein

**Grösse (cm) :** \_\_\_\_\_

**Aktuelles Gewicht (kg):** \_\_\_\_\_

**Früheres Maximalgewicht (kg):** \_\_\_\_\_

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.