

## 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.