



Praxis für Gefäßchirurgie

Liebe Patientin, lieber Patient,

als Vorinformation für Ihren Termin bei uns bitten wir Sie, die folgenden Fragen – soweit möglich – zu beantworten. Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Ihr Team der Praxis für Gefäßchirurgie

Persönliche Daten:

Vor- und Name der Patientin/des Patienten Geburtsdatum

Krankenkasse

Straße Hausnummer PLZ / Wohnort

Telefonnummer (unter der Sie tagsüber erreichbar sind) e-Mail-Adresse

Wer ist Ihr Hausarzt?.....

Durch welchen Arzt wurden Sie zu uns überwiesen?

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Bitte kreuzen Sie an. <input type="radio"/> hoher Blutdruck (art. Hypertonie) <input type="radio"/> koronare Herzerkrankung <input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen <input type="radio"/> Herzminderleistung (Herzinsuffizienz) <input type="radio"/> erhöhten Blutfettwerten (Hyperlipidämie) <input type="radio"/> Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörungen bzw. neigen Sie zu Blutergüssen?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Üben Sie einen eher stehenden Beruf aus? <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag _____ Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Üben Sie einen eher sitzenden Beruf aus? <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind bei Ihnen Funktionsstörungen der Schilddrüse bekannt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Sind Sie derzeit schwanger oder beabsichtigen dies in Kürze zu werden?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Sind bei Ihnen Funktionsstörungen der Niere bekannt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, gegen was? _____ _____	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Haben Sie Schmerzen, Schwellungen, Spannungs- oder Schweregefühle in den Beinen?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ _____ _____	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wurden Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen behandelt? <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Thrombose <input type="radio"/> Lungenembolie <input type="radio"/> „offenes Bein“ (Ulcus) <input type="radio"/> Krampfadern (Varikose)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Gibt es in Ihrer Familie Mitglieder mit Gefäßerkrankungen? Wenn ja, welche Erkrankungen? _____ _____	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tragen Sie Kompressionsstrümpfe?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Wurden Sie schon einmal gefäßchirurgisch operiert? Wenn ja, wann und an was? _____ _____	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig gerinnungshemmende Medikamente wie Marcumar®, ASS, Aspirin®, Eliquis®, Xarelto etc.?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Wie groß sind Sie? _____ cm		
			Wie viel wiegen Sie? _____ kg		
			Leiden Sie an einer chronischen Infektionskrankheit? Wenn ja, welche? <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Hepatitis <input type="radio"/> sonstige (Bitte benennen!) _____	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>