



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?

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