



Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Hausarzt _____

Hautarzt/Phlebologe/Gefäßchirurg _____

Größe _____ Gewicht _____

Rauchen Sie? Falls ja, wie viel pro Tag? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Bestehen/bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen/Probleme	Ja	Nein
Herzerkrankungen? z. B. Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Angina pectoris, Herzklappenfehler, Herzschrittmacher, Defibrillator		
Schlaganfall?		
Bluthochdruck?		
Lungen-/Bronchialerkrankungen? z. B. Tbc, Asthma, COPD		
Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus?		
Gerinnungsstörungen? Neigung zu Thrombosen? Vermehrte Blutungsneigung?		
Thrombose/Venenentzündung/Lungenembolie?		
Blutkrankheiten? z. B. Leukämie, Thrombozytose, Anämie		
Migräne?		
Allergien/Unverträglichkeiten? V. a. gegen Medikamente, Salben, Cremes Falls ja, gegen welche Substanzen sind Sie allergisch? _____		
Krebserkrankungen?		
Eine Nervenerkrankung? z. B. M. Parkinson, Gefühlsstörungen, Multiple Sklerose		
Eine Gelenkerkrankung? z. B. Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenbrüche		
Ansteckende Erkrankungen? z. B. Hepatitis, HIV		
Sind bei Ihnen bereits Eingriffe an den Beinarterien durchgeführt worden?		
Krampfaderoperationen		
Laser-/Radiowellentherapie der Venen		
Verödungen		
Bypassanlage		
Stenteinlage		
Entnahme einer Vene für einen Herzbypass		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Arzt Verwandte/Bekannte Zeitung Internet
 Fernsehen