



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 Beingefäßen 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