

Patienten-Erhebungsbogen

Bilder Prof.: i.O.:
Freigabe DS:
genehmigt:

PhlebID:

Datum:
interne Patienten-Nummer:

***Pflichtfelder gerahmt**

In welchem Arbeitsverhältnis befinden Sie sich zur Zeit? (nur 1 Antwort möglich)*

angestellt selbständig Beamte/r Rentner/in
 Hausfrau/mann Ausbildung arbeitslos

Sind Sie alleinstehend? Nein Ja Email-Adresse

Bitte die Fragen zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte und zu Medikamenteneinnahmen sorgfältig lesen und eindeutige Antworten geben. Danke!

Haben Sie sichtbare Krampfadern/ Besenreiser? Und wenn „Ja“, seit wie vielen Jahren? Nein Ja
Rechts seit Jahren
Links seit Jahren

Wurden schon Venen-Untersuchungen an Ihren Beinen durchgeführt?
 Nein Ja, welche? Wann?

Wurden Sie an den Krampfadern schon behandelt?
 Rechts Nein Ja Operation, wann? Verödung, wann?
 Links Nein Ja Operation, wann? Verödung, wann?

Wurden schon einmal Kompressions-Strümpfe verordnet?
 Nein Ja, Knie-Strümpfe Ja, Oberschenkel-Strümpfe Ja, Strumpfhose

Verbessern die Kompressionsstrümpfe die Beschwerden?* Nein Ja

Die verordneten Kompressionsstrümpfe werden
 gelegentlich getragen meistens getragen täglich getragen nicht mehr getragen

Wie viele Jahre/Monate tragen Sie Kompressionsstrümpfe? Jahre Monate

Haben Sie an den Beinen Beschwerden, die Sie auf die Krampfadern zurückführen?
Rechts Nein Ja Links Nein Ja

Beschreiben Sie die Intensität Ihrer venösen Beschwerden → jeweils für rechtes und linkes Bein

	keine	gelegentlich	ständig und störend, beeinträchtigt tägliche Aktivitäten jedoch nicht	täglich, beeinträchtigt tägliche Aktivitäten
Rechtes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linkes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwellung keine nur Abends bereits Mittags schon Morgens

Rechtes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linkes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie lange haben Sie diese Beschwerden schon?

Rechts seit Jahren
 Links seit Jahren

Müssen Sie wegen der oben angegebenen Beschwerden Schmerzmittel einnehmen?

Nein Ja

Hatten Sie schon einmal eine Venenentzündung?

Rechts Nein Ja Nicht bekannt
 Links Nein Ja Nicht bekannt

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose der tiefen Beinvenen, wenn ja, wann?

Rechts Nein Ja, wann unbekannt
 Links Nein Ja, wann unbekannt

Hatten Sie schon einmal eine Krampfaderblutung?

Rechts Nein Ja
 Links Nein Ja

Hatten Sie schon einmal ein „offenes Bein“ (Ulcus cruris)?

Rechts Nein Ja
 Links Nein Ja

Haben Sie Erkrankungen an folgenden Organen?*

Hoher Blutdruck Nein Ja
 Blutzuckererhöhung Nein Ja
 Gerinnungs-Störung Nein Ja
 Rücken Nein Ja
 Leber Nein Ja
 Niere Nein Ja
 Lunge Nein Ja
 Herz Nein Ja

Weitere Beschwerden:*

Hüftgelenk Nein Ja
 Arthrose Kniegelenk Nein Ja
 „Schaufenster-Krankheit“ Nein Ja
 (Durchblutungsstörung der Beine)
 sonstige:

Ist bei Ihnen eine infektiöse Krankheit bekannt?

(z.B. HIV, Hepatitis, Tbc, resistente Keime (MRSA), etc.)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Denken Sie bitte auch an Hormone)?

Name <input type="text"/>	Dosierung <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	Dosierung <input type="text"/>
Name <input type="text"/>	Dosierung <input type="text"/>

Welche Medikamente nehmen Sie unregelmäßig ein?

(geben Sie bitte auch solche an, die Sie ohne Rezept kaufen, auch Schlaf- und Abführmittel)

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Nein Ja sonstige:

Gegen Pflaster Nein Ja

Gegen Jod? Nein Ja

Allergiepass? Nein Ja

Geben Sie bitte Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an:

cm kg

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?

Nein Ja Woche

Uns würde auch interessieren auf welchem Weg Sie zu uns kamen?*

<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/> Internet Praxis	<input type="checkbox"/> Telefonbuch
<input type="checkbox"/> anderer Arzt	<input type="checkbox"/> Internet Klinik	<input type="checkbox"/> Branchenbuch
<input type="checkbox"/> Bekannte/Verwandte	<input type="checkbox"/> Internet (Phlebologicum)	<input type="checkbox"/> Zeitung
<input type="checkbox"/> Vorerfahrung	<input type="checkbox"/> Krankenkasse	Sonstiges <input type="text"/>

Datum

Unterschrift