

KRANKENGESCHICHTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir bitten Sie, den nachfolgenden Fragebogen so vollständig und so genau wie möglich auszufüllen und **vor der Untersuchung zurück zu senden**. Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum		
Name	Grösse	Gewicht
Vorname	Alter	

In Ihrem Interesse erhält Ihr Hausarzt von uns einen ausführlichen Bericht.

Ich wünsche eine Kopie des Berichtes.

Markieren Sie bitte die zutreffenden Felder oder geben Sie die entsprechende Jahreszahl an

		rechts	links
Beginn der Krampfaderentwicklung (bitte ungefähres Jahr angeben)			
Schweregefühl, besonders nach längerem Sitzen/Stehen und bei Wärme			
Schwellungszunahme von Fuss und Knöchelregion im Laufe des Tages			
Besserung der Beschwerden durch Hochlagern der Beine und bei Bewegung			
Juckreiz an den Unterschenkeln			
Schmerzen in den Beinen	In Ruhe		
	Bei Anstrengung		
Hautveränderungen (Verfärbungen, Schuppen, Ekzem, ...)	Im Knöchelbereich		
	An den Unterschenkeln		
Unruhige Beine; Bewegungsdrang besonders nachts			
Andere, oben nicht erwähnte Beschwerden?			

DIESER TEIL WIRD VOM ARZT AUSGEFÜLLT!

Einweisungsgrund

Jetziges Leiden

Bitte Rückseite beachten!

KRANKENGESCHICHTE

Markieren Sie bitte die zutreffenden Felder oder geben Sie die entsprechende Jahreszahl an

		rechts	links
Sind Ihre Krampfadern schon einmal behandelt worden?	Kompressionsstrümpfe		
	Verödung/Sklerosierung		
	Operation (bitte Jahr angeben)		
Hatten Sie einmal eine Röntgenuntersuchung der Venen mit Kontrastmittel?			
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? (bitte Jahr angeben)			
Hatten/haben Sie offene Beine? (bitte Jahr angeben)			
Hatten Sie schon Venenentzündungen? (bitte Jahr angeben)			
Frühere Operationen aller Art (bitte Operation und Jahr angeben)			

Für Patientinnen

Schwangerschaften/Geburten (bitte Jahr/e angeben)

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein

Nehmen Sie die Antibabypille? ja nein Welche?

Allgemeine Fragen über Ihre Gesundheit

Leiden Sie an einer der aufgeführten Krankheiten? (bitte ankreuzen)

Asthma Herzkrankheit Nierenkrankheit Bluthochdruck Leberkrankheit
 Infektionskrankheit Blutungsneigung Zuckerkrankheit Herzrhythmusstörung andere:

Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein Weshalb?

Leiden Sie an Allergien? ja nein Welche?

Wie äussert sich die Allergie?

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag? Seit wie vielen Jahren?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?

DIESER TEIL WIRD VOM ARZT AUSGEFÜLLT!

Phlebologische Anamnese	SA/FA		
Persönliche Anamnese	RF venös		
	Adipositas		Stehender Beruf
	SS		Alter
	Genet. Disposition		Hormontherapie
	St. n. TVT		Rezidiv