

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 | |