

Nachname:
Vorname:
Geb.-Datum:

**Bitte füllen Sie den Fragebogen
beidseitig aus und geben ihn am Tresen
in der Venen-Ambulanz ab.**



KRANKENHAUS TABEA
Hamburg

PATIENTEN-FRAGEBOGEN (VENENCHIRURGIE)

Tel.-Nr. _____

Mail _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen dieses **2-seitigen** Fragebogens:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, in welcher Dosierung und wie oft am Tag?

Medikamenten-Name	Dosierung	Tagesplan
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hatten Sie schon einmal eine tiefe Beinvenenthrombose? ☐ Nein ☐ Rechts ☐ Links Wann? _____
Hatten Sie schon einmal eine Venenentzündung? ☐ Nein ☐ Rechts ☐ Links Wann? _____
Hatten Sie schon einmal eine Lungenembolie? ☐ Nein ☐ Ja Wann? _____
Hatten Sie ein offenes Bein (Ulcus)? ☐ Nein ☐ Ja Von _____ Bis _____

Hatte jemand in Ihrer Familie eine:

Beinvenenthrombose ☐ **Lungenembolie** ☐ **Blutungsneigung** ☐ **Gerinnungsstörungen** ☐ **Krampfadern** ☐ ?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein Wie viel? _____
 Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wie viel? _____

Welche Beschwerden haben Sie an den Beinen?

Schmerzen ☐ Rechts ☐ Links
Schwellungen ☐ Rechts ☐ Links

Juckreiz ☐ Rechts ☐ Links
Schweregefühl ☐ Rechts ☐ Links

Hatten Sie schon Vorooperationen an den Venen?
mit Leistenschnitt
mit Kniekehlschnitt

Wann? _____ Wo? (Klinik/Arzt) _____
☐ Rechts ☐ Links
☐ Rechts ☐ Links

Hatten Sie schon alternative Therapien z.B. ☐ **Laser** ☐ **Radiowellentherapie** ☐ **Verödung an den Venen?**

☐ Nein ☐ Rechts ☐ Links Wann? _____ Wo? (Klinik/Arzt) _____

Tragen Sie regelmäßig Kompressionsstrümpfe?

☐ Ja ☐ Nein

Herzerkrankungen:

Herzinfarkt ☐ Ja ☐ Nein Wann? _____
 Herzklappenfehler oder -ersatz ☐ Ja ☐ Nein
 Herzrhythmusstörungen ☐ Ja ☐ Nein
 Herzschrittmacher ☐ Ja ☐ Nein

Kreislauf:

Bluthochdruck ☐ Ja ☐ Nein
 Niedriger Blutdruck (mit Kollapsneigung? ☐ Ja) ☐ Ja ☐ Nein
 Schlaganfall ☐ Ja ☐ Nein Wann? _____
 Arterielle Verschlusskrankheit (Verengung der Arterien) ☐ Ja ☐ Nein

Gynäkologie:

Sind Sie derzeit schwanger oder in der Stillzeit? ☐ Ja ☐ Nein
 Haben Sie Kinder? ☐ Ja ☐ Nein

Krebserkrankungen:☐ Ja ☐ Nein

Welche Krebsform? _____

Wann diagnostiziert? _____

Derzeitige Therapie: _____

Lunge/Leber/Galle/Niere:Asthma bronchiale ☐ Ja ☐ NeinChronische Lungenerkrankung ☐ Ja ☐ NeinVeränderte Leberwerte ☐ Ja ☐ Nein Wodurch? _____Eingeschränkte Nierenfunktion ☐ Ja ☐ NeinDialysepflichtig ☐ Ja ☐ Nein**Skelettsystem:**Rückenschmerzen ☐ Ja ☐ Nein Wo? _____Arthrose ☐ Ja ☐ Nein Wo? _____Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein**Allergien/Überempfindlichkeiten:**Medikamentenunverträglichkeit? ☐ Ja ☐ Nein Welche? _____Allergiepass? ☐ Ja ☐ NeinUnverträglichkeit gegen örtliches Betäubungsmittel? ☐ Ja ☐ NeinLebensmittelunverträglichkeit? ☐ Ja ☐ Nein Welche? _____Latexallergie? ☐ Ja ☐ NeinPenicillinallergie ☐ Ja ☐ NeinAndere Antibiotika? ☐ Ja ☐ Nein Welche? _____**Welche Operationen hatten Sie bisher und wann?** _____**Allgemeines:****Haben Sie Diabetes mellitus?** ☐ Ja ☐ Nein**Nehmen Sie oft Schmerzmittel?** ☐ Ja ☐ Nein**Haben Sie Migräne?** ☐ Ja ☐ NeinLeiden Sie unter **Depressionen**? ☐ Ja ☐ NeinHaben Sie Anfallsleiden wie **Epilepsie**? ☐ Ja ☐ Nein Letzter Anfall: _____Haben Sie infektiöse Erkrankungen
wie z. B. **HIV** oder **Hepatitis/Gelbsucht**?☐ Ja ☐ NeinLeiden Sie unter **Schlafapnoe**? ☐ Ja ☐ Nein**Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen:** _____

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Notwendige Angaben hinsichtlich einer evtl. erforderlichen Operation:Sind Sie privat versichert? ☐ Ja ☐ NeinSind Sie stationär zusatzversichert? ☐ Ja ☐ Nein

Name der Versicherung: _____

Welche Wahlleistungen sind bei Ihnen versichert? ☐ Chefarzt ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

Wie weit ist Ihr Wohnort von der Klinik entfernt? _____ km

Wie haben Sie die Klinik erreicht? ☐ PKW ☐ Taxi ☐ öff. VerkehrsmittelBenötigen oder beanspruchen Sie häusliche Pflege bzw. Hilfestellung im Alltag? ☐ Ja ☐ NeinSind Sie älter als 70 Jahre? ☐ Ja ☐ Nein

Wären Sie im Falle einer ambulanten Operation 24 Std. rund um die Uhr nach dem Eingriff

durch volljährige Angehörige häuslich versorgt? ☐ Ja ☐ NeinVielen Dank für Ihre Mitarbeit. **Den Fragebogen bitte ausgefüllt am Ambulanz-Tresen abgeben.**

Der ausgefüllte Fragebogen dient als Grundlage für das folgende ärztliche Gespräch im Anschluss an die Untersuchung.

Ihr Tabea Team