

# PATIENTENFRAGEBOGEN

Bitte beantworten Sie folgende Fragen dieses **3-seitigen** Fragebogens:



Nachname:   
Vorname:   
Geburtsdatum:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie blutverdünnende Medikamente eingenommen, wie z. B. **Marcumar**  oder **Aspirin**

Wenn ja, von – bis:

Hatten Sie schon einmal eine **Beinvenenthrombose** ?

Ja  Nein  Wann ?

Wenn ja, welches Bein ?

rechts  links  Wenn ja, wann ?

Hatten Sie schon einmal eine **Venenentzündung** ?

Ja  Nein

Hatten Sie schon einmal eine **Lungenembolie** ?

Ja  Nein

Hatten sie ein **offenes Bein** (Ulcus) ?

Ja  Nein

Hatten Sie eine Ruhigstellung eines Beines z.B. nach Knochenbrüchen ?

Ja  Nein

Hatte jemand in Ihrer Familie eine

**Beinvenenthrombose**  **Lungenembolie**  **Blutungsneigung**  **Gerinnungsstörung**  **Krampfadern**  ?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Ja  Nein  Wenn ja, wie viel ?

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wenn ja, wie viel ?

Welche Beschwerden haben Sie an den Beinen?

**Schmerzen** rechts  links

**Juckreiz** rechts  links

**Schwellungen** rechts  links

**Schweregefühl** rechts  links

**Wadenkrämpfe** rechts  links

Hatten Sie schon Voroperationen an den Venen? Wann?

Wo? (Klinik/Arzt):

**mit Leistenschnitt** rechts  links  (zutreffendes bitte ankreuzen)

**mit Kniegelenkschnitt** rechts  links  (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hatten Sie schon **Verödungen** an den Venen?

rechts  links  Wann?  Wo ? (Klinik)

Tragen Sie regelmäßig **Kompressionsstrümpfe** Ja  Nein

**Herzerkrankungen:**

Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?	<input type="text"/>
Angina pectoris (Engegefühl in der Brust)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Herzklappenfehler oder -ersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		

**Kreislauf:**

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Niedriger Blutdruck (mit Kollapsneigung? Ja <input type="checkbox"/> )	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann?	<input type="text"/>
Arterielle Verschlusskrankheit (Verengung der Arterien)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Treten Beinschmerzen während des <b>Gehens</b> <input type="checkbox"/> oder nach langem <b>Stehen</b> <input type="checkbox"/> oder <b>Sitzen</b> <input type="checkbox"/> auf ?				

**Gynäkologie:**

Sind Sie derzeit schwanger oder in der Stillzeit ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Krebserkrankungen:** Ja  Nein

Welche Krebsform?

Wann diagnostiziert?

Derzeitige Therapie:

**Lunge, Leber, Galle, Niere:**

Asthma bronchiale	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Chronische Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Veränderte Leberwerte	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wodurch ?	<input type="text"/>
Eingeschränkte Nierenfunktion	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Dialysepflichtig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		

**Skelettsystem:**

Rückenschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo ?	<input type="text"/>
Arthrose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo ?	<input type="text"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		

**Allergien/ Überempfindlichkeiten :**

Medikamentenunverträglichkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welche?	<input type="text"/>
Allergiepass?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		

Unverträglichkeit gegen örtliches Betäubungsmittel? Ja  Nein

Latexallergie? Ja  Nein

Penicillinallergie Ja  / andere Antibiotika? Ja  folgende:

**Welche Operationen hatten Sie bisher und wann?**

**Allgemeines:**

Haben Sie **Diabetes mellitus**? Ja  Nein

Nehmen Sie oft **Schmerzmittel**? Ja  Nein

Haben Sie **Migräne**? Ja  Nein

Leiden Sie unter **Depressionen**? Ja  Nein

Haben Sie Anfallsleiden wie **Epilepsie**? Ja  Nein

letzter Anfall:

Haben Sie M. **Parkinson**? Ja  Nein

Haben Sie M. **Sklerose** Ja  Nein

wenn ja, chem. schubweise verlaufend? Ja  Nein

Haben Sie infektiöse Erkrankungen wie z.B. **HIV** oder **Hepatitis/ Gelbsucht**? Ja  Nein

Haben Sie Hauterkrankungen ( wie **Neurodermitis/ Schuppenflechte**)? Ja  Nein

**Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen :**

**Notwendige Angaben hinsichtlich einer evtl. erforderlichen Operation:**

Sind sie privat versichert ? Ja  Nein

Sind sie stationär zusatzversichert? Ja  Nein

Name der Versicherung:

Welche Wahlleistungen sind bei Ihnen versichert? Chefarzt  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Körpergewicht  KG

Körpergröße

Wie haben Sie die Klinik erreicht? PKW  Taxi  Öffentliche Verkehrsmittel

Benötigen oder beanspruchen Sie häusliche Pflege bzw. Hilfestellung im Alltag ? Ja  Nein

Sind 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  Nein

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Der ausgefüllte Fragebogen dient als Grundlage für das ärztliche Gespräch im Anschluss an die Untersuchung.**