

Nachname:
Vorname:
Geb.-Datum:



PATIENTEN-FRAGEBOGEN (VENENCHIRURGIE)

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 **Juckreiz** Rechts Links

Schwellungen Rechts Links **Schweregefühl** Rechts Links

Hatten Sie schon Voroperationen an den Venen? Wann? _____ Wo? (Klinik/Arzt) _____

mit Leistenschnitt Rechts Links

mit Kniekehlschnitt 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 NeinNehmen Sie oft Schmerzmittel? Ja NeinHaben 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 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 NeinWären 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.