

Fragebogen zur Vorbereitung eines Arztbesuches

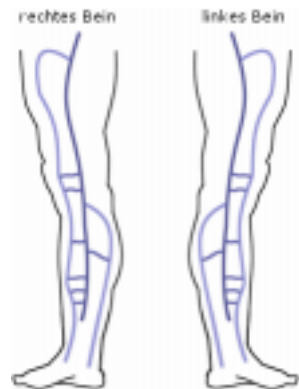
Um einen Arztbesuch vorzubereiten, haben wir diesen Fragebogen ausgearbeitet, den Sie am besten einfach ausdrucken und dann so ausführlich wie möglich ausfüllen. Den ausgefüllten Fragebogen nehmen Sie dann mit und geben ihn Ihrem Phlebologen.

Ihre Beschwerden

Wie lange leiden Sie schon unter Venenbeschwerden?

An welcher Stelle der Beine verspüren Sie die Beschwerden?

(bitte markieren Sie die Stelle in der nebenstehenden Zeichnung)



Wie würden Sie Ihre Beschwerden beschreiben?

- Schmerz, ziehend Schmerz, reißend Schmerz, brennend
 Kribbeln, Krämpfe Spannungsgefühl Einschnürungsgefühl

Schwellen Ihre Beine an? Bitte geben Sie Stärke, Zeitpunkt und Dauer an.

Wie oft treten Ihre Beschwerden auf? _____

Wie lange halten Ihre Beschwerden an? _____

Wann treten die Beschwerden auf?

- Morgens vor dem Aufstehen Beim Aufstehen Vormittags Nachmittags
 Abends Nachts Den ganzen Tag

Sind den aktuellen Beschwerden andere, ggf. geringfügigere Beschwerden vorausgegangen?

Treten die Beschwerden vor allem in bestimmten Situationen auf?

- Im Stehen Im Sitzen Im Liegen Beim Laufen _____

Falls Krampfadern oder offene Beine vorliegen, wann traten diese auf?

Seit wann liegt der aktuelle äußere Zustand Ihrer Beine vor?

Ihre Familie

Gibt es Verwandte (Eltern, Geschwister etc.), die ebenfalls unter Venenbeschwerden leiden?

Falls ja: welche Beschwerden sind dies bei welchen Verwandten?

Gibt es Verwandte, die bereits einmal eine Thrombose oder eine Lungenembolie erlitten haben?

Gibt es Verwandte, bei denen eine Gerinnungsstörung (Protein C Mangel, aPC-Resistenz, Protein S Mangel...) diagnostiziert wurde?

Ihr Beruf

Welchen Beruf üben Sie aus?

Müssen Sie in Ihrem Beruf...

- ...viel stehen? ...viel sitzen? ...schwere Gegenstände tragen oder heben?

Ihre Vorerkrankungen und Medikamente

Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? Wenn ja: welche?

- Erkrankungen des Blutes oder Gerinnungsstörungen
 Bluthochdruck
 Arterielle Durchblutungsstörungen
 Schlaganfall
 Herzinfarkt
 Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
 Lebererkrankungen
 Krebserkrankungen
 Orthopädische Erkrankungen / Rückenbeschwerden
 Operationen
 Andere:

Falls es Unterlagen über die jeweiligen Erkrankungen gibt (Krankenhausentlassungsberichte, OP-Berichte etc.), bringen Sie diese beim Arztbesuch bitte mit.

Rauchen Sie?

- Nein Ja, und zwar _____ Zigaretten / Zigarren / Pfeifen pro Tag (Unzutreffendes bitte streichen)

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- Nein Ja, und zwar _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja: welche und seit wann?

1. _____ seit _____
2. _____ seit _____
3. _____ seit _____
4. _____ seit _____

Bitte bringen Sie die Beipackzettel mit.

Haben Sie in der Vergangenheit regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, die Sie jetzt nicht mehr nehmen? Wenn ja: welche und bis wann?

Bisherige Venenbehandlungen

Sind an Ihren Venen bereits operative Maßnahmen durchgeführt worden? Wenn ja: welche und wann?

Bitte bringen Sie entsprechende Berichte (Arztbriefe, Krankenhausentlassungsberichte, OP-Berichte etc.) - falls vorhanden - mit.

Fortsetzung auf Seite 3

Sind Verödungsbehandlungen an Ihren Venen durchgeführt worden? Wenn ja: an welchen Stellen, von wem und wo?

Bitte bringen Sie entsprechende Berichte (Arztbriefe, Krankenhausentlassungsberichte, OP-Berichte etc.) - falls vorhanden - mit.

Sind Röntgenaufnahmen (mit Kontrastmittel) von Ihren Beinen/Venen gemacht worden?
Wenn ja: wo und wann?

Bitte bringen Sie entsprechende Berichte oder Bilder - falls vorhanden - mit.

Sind Ultraschalluntersuchungen an Ihren Beingefäßen durchgeführt worden? Wenn ja: wo und wann?

Bitte bringen Sie entsprechende Berichte oder Bilder - falls vorhanden - mit.

Liegt bei Ihnen eine Arbeitsunfähigkeit, eine Berufsunfähigkeit oder eine Erwerbsunfähigkeit vor?

Bitte bringen Sie entsprechende Gutachten, Schwerbehindertenausweis o.ä. - falls vorhanden - mit.

Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja, ich befinde mich in der ____ ten Schwangerschaftswoche

Wie oft waren Sie schwanger? ____ Mal

Haben Sie Kinder? Wenn ja: Geben Sie bitte die Geburtsdaten Ihrer Kinder an.

Nehmen Sie orale Kontrazeptiva ein („Die Pille“)? Wenn ja: welches Präparat?

Haben Sie in der Vergangenheit orale Kontrazeptiva („Die Pille“) eingenommen? Wenn ja: welches Präparat und in welchem Zeitraum?

Dieser Fragebogen stammt von der Internetseite <http://www.venenratgeber.de>
Er wurde von

medical project design
medizinische information
und präsentation

unter der Leitung von Dr. med. Uwe Schwichtenberg konzipiert und erstellt.

©2002 medical project design GmbH
kontakt@project-design.de