

VENEN-PATIENTENFRAGEBOGEN

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

Nachname: _____ Vorname: _____

Geb.- Datum: _____ Telefonnr: _____

Wer ist Ihr **Hausarzt**? Praxis/Prof./Dr. _____

Welchem Beruf/ welcher Tätigkeit gehen Sie nach? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

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

Wenn ja, von - bis: _____

Hatten Sie schon einmal eine **Beinvenenthrombose**? nein ja, rechts links wann? _____

Hatten Sie schon einmal eine **Venenentzündung**? ja nein wenn ja, wann? _____

Hatten Sie schon einmal eine **Lungenembolie**? ja nein wenn ja, wann? _____

Hatten Sie ein **offenes Bein (Ulcus)**? ja nein wenn ja, von _____ bis _____

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

Hatte jemand in Ihrer Familie eine:

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

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein wenn ja, wieviel? _____

Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviel? _____

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? nein wenn ja, wann und wo (Klinik/Arzt)? _____

mit Leistenschnitt rechts links (Zutreffendes bitte ankreuzen)

mit Kniekehlschnitt 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 nein wenn ja, wann? _____

Angina pectoris (Engegefühl in der Brust) ja nein

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

Arterielle Verschlusskrankheit (Verengung der Arterien) ja nein

Treten Beinschmerzen während des **Gehens** oder nach langem **Stehen** oder **Sitzen** auf?

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: _____

Erkrankungen von Leber, Lunge, Galle, Niere: ja nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankungen des Skelettsystems (z. B.: Osteoporose, Rückenschmerzen): ja nein

Wenn ja, welche? _____

Neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose): ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an **Diabetes mellitus** („Zuckerkrankheit“)? ja nein

Sind Infektionskrankheiten bekannt? (z. B. Hepatitis, HIV): ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien/Überempfindlichkeiten:

Medikamentenunverträglichkeit? ja nein welche? _____

Allergiepass? ja nein

Unverträglichkeit gegen örtliches Betäubungsmittel? ja nein

Latexallergie? ja nein

Penicillinallergie ja andere Antibiotika? ja, folgende _____

MRSA:

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Infektion mit einem multiresistenten Keim festgestellt (z. B. MRSA)? ja nein

Hatten Sie direkten Kontakt zu einer MRSA-infizierten Person? ja nein

Bestand in den letzten 12 Monaten ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als drei Tagen? ja nein

Leiden Sie unter einem chronischen Geschwür („Ulcus“) oder chronischen Wunden? ja nein

Mussten Sie in den letzten sechs Monaten Antibiotika einnehmen? ja nein

Leiden Sie an einer dialysepflichtigen Nierenfunktionsstörung? ja nein

Sind Sie in einer Pflegeeinrichtung untergebracht oder werden von einem ambulanten Pflegedienst versorgt? 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: _____ cm

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

Wie sind Sie auf die Havelklinik aufmerksam geworden? Empfehlung durch einen Arzt

Empfehlung durch Bekannte/Familie/Freunde Vorträge/Veranstaltung

Internet (Website Havelklinik oder andere Website) Facebook/Instagram

Presse Klinikbewertung/Arztbewertung

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

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

Ihr Havelklinik Team