

# Patienten-Infobogen

(für Männer)

Um Ihnen bei Ihren „Beinproblemen“ wirksam helfen zu können, benötigen wir einige Informationen. Nehmen Sie sich also bitte etwas Zeit und beantworten Sie die Fragen nach Ihrem aktuellen Kenntnisstand.

**Sollten Fragen auftreten, wenden Sie sich bei Ihrem Besuch in unserer Praxis einfach an meine Assistentinnen.**

## Was führt Sie zu mir?

- Beinbeschwerden  kosmetische Gründe  
 Sie wollen sich über Ihre Beingefäße beraten lassen  andere Gründe

## Sind Ihre Beinbeschwerden in den letzten Tagen aufgetreten?

- Nein  Ja

## Oder bestehen die Probleme schon länger?

- Ja, seit \_\_\_\_\_ Monaten  Nein  
\_\_\_\_\_ Jahren

Ihre Beinbeschwerden sind?	keine		etwas		ziemlich		stark		sehr stark	
	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts
Schwere Beine										
Spannungsgefühl										
Schmerz auf Druck										
Juckreiz										
nächtliche Wadenkrämpfe										
Blaufärbung der Haut an den Beinen										
unruhige Beine nachts (RLS)										
Schmerzen										
Schwellung										

## Verschlimmern sich die Beinbeschwerden?

	gar nicht	etwas	ziemlich	stark	sehr stark
bei Hitze					
bei Arbeit im Beruf oder Alltag					
bei langem Stehen					
beim Gehen					

Thiemitztalstraße 6 · 95131 Schwarzenbach a. Wald · Tel. 092 89/97 08 00

Fax 092 89/97 08 01 · stutz.dr@t-online.de · www.stutz-dr.com

Diese Praxis ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000.

Bitte weitere >  
Seiten ausfüllen

### Ihre ersten Krampfadern sind aufgetreten ...

	Ja	Nein
spontan		
nach einer Operation		
nach einer Verletzung am Bein z.B. Gipsbehandlung		
nach hormoneller Verhütung oder Östrogentherapie		

### Sind in der Vorgeschichte schon Komplikationen aufgetreten?

	Ja	Nein
Oberflächliche Venenentzündungen (tastbarer schmerzhafter Strang)		
Lungenembolie wenn ja, nach <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> spontan		
offenes Bein		
tiefe Venenthrombose wenn ja, nach <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> ohne ersichtlichen Anlass		

### Bisherige Behandlungen der Krampfadern

	Ja	Nein
Kompressionstherapie		
Medikamente, Salben		
<b>Verödung</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <b>Laser</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
<b>Operation</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
andere Verfahren:		

### Haben nahe Verwandte ...

	Ja	Nein
Krampfadern		
Durchblutungsstörungen		
Blutgerinnungsstörungen		
Thrombosen/Lungenembolien		
offene Beine		

### Leiden sie gegenwärtig an einer ernsthaften Erkrankung?

	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Blutzucker-Erkrankung (Diabetes mellitus)		
Rheumatische Erkrankung		
hohes Cholesterin		
Leber- oder Nierenerkrankung		
<b>Sonstige:</b>		

## Allgemeine Fragen:

	Ja	Nein
Haben sie sonstige Zeichen einer Bindegeweibsschwäche (z.B. Leistenbruch, Hämorrhoiden o.ä.)?		
Neigen Sie zu starker Narbenbildung?		
Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche:		
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, wogegen:		
Hatten Sie schon eine Wundrose (mit Fieber u. ggf. Schüttelfrost) ?		
Bluten Sie nach kleinen Verletzungen besonders lange?		
Hatten Sie Nachblutungen bei vorausgegangenen Operationen?		
Haben Sie ungewöhnlich große Blutergüsse nach minimalen Stößen oder Prellungen?		

Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_  
(Wichtige Info zum Erkennen eines Zusammenhangs zwischen Erkrankung und Beruf!)

Wieviel Prozent Ihres Arbeitstages stehen \_\_\_\_\_% und sitzen \_\_\_\_\_% Sie?

Anzahl Ihrer Schwangerschaften \_\_\_\_\_ die erste vor \_\_\_\_\_ Jahren

Hatten Sie eine Fehlgeburt? \_\_\_\_\_ die erste vor \_\_\_\_\_ Jahren

Rauchen Sie?  Nein  Ja \_\_\_\_\_ Stück pro Tag

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gibt es weitere Informationen die Ihnen wichtig erscheinen? (z.B. schwere Erkrankungen, die nicht mit einem Beinleiden im Zusammenhang stehen oder große Operationen usw.)

---

---

---

Ihre private Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Soll Ihr Hausarzt einen Befundbericht nach der Untersuchung erhalten?  Ja  Nein

Bitte in Druckbuchstaben:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Noch eine persönliche Frage:

*Durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*

- Hausarzt
- anderen Facharzt
- einen unserer Patienten
- Freunde/Bekannte
- „Öffentlichkeitsarbeit“ z.B. durch einen Vortrag
- Internet

*Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.  
Damit wird es leichter für mich Ihre Probleme zu verstehen.*

Ihr Dr. Josef J. Stutz



PRAXISKLINIK für VENENERKRANKUNGEN  
Dr. med. Josef J. Stutz  
Chirurg - Phlebologe

Thiemitztalstraße 6 · 95131 Schwarzenbach a. Wald · Tel. 092 89/97 08 00  
Fax 092 89/97 08 01 · stutz.dr@t-online.de · www.stutz-dr.com

Diese Praxis ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000.