# Patienten-Infobogen

(Männer)

Um Ihnen bei Ihren „Beinproblemen“ wirksam helfen zu können, benötigen wir einige Informati- onen. 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 |  |  |  |  |  |
| während der Menstruation |  |  |  |  |  |
| bei Arbeit im Beruf oder Alltag |  |  |  |  |  |
| bei langem Stehen |  |  |  |  |  |
| beim Gehen |  |  |  |  |  |

Thiemitztalstraße 6 . 95131 Schwarzenbach a. Wald . Tel. 092 89 / 970800

Fax 092 89 / 9708 01 . stutz.dr@ t-online.de . [www.stutz-dr.com](http://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 Schwangerschaft |  |  |
| 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 ❏ Operation ❏ spontan |  |  |
| offenes Bein |  |  |
| tiefe Venenthrombose  wenn ja, nach ❏ Operation ❏ Unfall ❏ ohne ersichtlichen Anlass |  |  |

**Bisherige Behandlungen der Krampfadern**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Kompressionstherapie |  |  |
| Medikamente, Salben |  |  |
| **Verödung** ❏ rechts ❏ links **Laser** ❏ rechts ❏ links |  |  |
| **Operation** ❏ rechts ❏ 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 |  |  |
| **Sonstige:** | | |
|  | | |

**Allgemeine Fragen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** |
| Haben sie sonstige Zeichen einer Bindegewebsschwäche (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?

**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:

Ihre Handynummer:

Ihre Email-Adresse:

Name Ihres Hausarztes:

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

bitte wenden

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

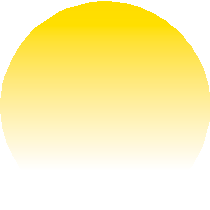
❏ Freunde/Bekannte

❏ „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 / 970800

Fax 092 89 / 9708 01 . [stutz.dr@ t-online.de](mailto:stutz.dr@t-online.de) . [www.stutz-dr.com](http://www.stutz-dr.com/)

Diese Praxis ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2000