

Patientenfragebogen zur Vorbereitung des ärztlichen Gespräches

Liebe Patientin, lieber Patient!

Dieser Fragebogen soll das ärztliche Gespräch vorbereiten. Er macht das persönliche Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt keineswegs überflüssig. Der Fragebogen soll aber auch dazu beitragen, daß Sie nicht Wichtiges an Informationen vergessen. Natürlich unterliegen auch diese Auskünfte der ärztlichen Schweigepflicht. Und wenn Sie einige Fragen nicht beantworten können: Sagen Sie das Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt. Antworten Sie so genau wie möglich – es ist in Ihrem Interesse!

1. Haben Sie Krampfadern? ja nein ich weiß nicht

Wenn ja: Wann traten die Krampfadern erstmals auf?

			Zeit
nach einer Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
nach einer Operation	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____
nach einem Beinbruch	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____

Sonstiges _____

2. Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? ja nein ich weiß nicht

Wenn ja: Was war das für eine Thrombose? Gab es Komplikationen?

tiefe Venenthrombose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
oberflächlich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
Hautentzündung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
offene Beine	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
Lungenembolie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>

rasch fortschreitend	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
langsam fortschreitend	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>

3. Sind Sie wegen der Krampfadern schon einmal behandelt worden? ja nein wann? _____ ich weiß nicht

Wenn ja: Welche Behandlung war das? _____

Strümpfe/Verbände	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wann? _____	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
Medikamente	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wann? _____	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
welche?	_____			
Salben	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wann? _____	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
welche?	_____			
Verödungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wann? _____	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>
Operation	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wann? _____	ich weiß nicht <input type="checkbox"/>

Wo? _____

4. Haben Sie Beschwerden in den Beinen? ja nein

Wenn ja: Seit wann? _____

Welche Beschwerden stehen im Vordergrund?

Beinschwellung
gelegentlich ja nein ich weiß nicht

seit wann? _____

täglich	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
nur abends	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
nur morgens	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
tagsüber	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Hautverfärbung

ja nein

Schmerzen in den Beinen

ja nein

wo?

Besserung im Liegen
Entzündungen an den Beinen

ja nein
ja nein

wo?

Schweregefühl
Unruhe in den Beinen

ja nein
ja nein

wo?

Beinkrämpfe

ja nein

wo?

Wärme tut gut
Periode verstärkt

ja nein
ja nein

seit wann?

5. Einige Fragen zu Ihrer persönlichen Situation:

Beruf:

Arbeiten Sie sitzend?
Arbeiten Sie stehend?
„Pille“; andere Medikamente?

ja nein
ja nein
ja nein

welche?

Raucher?
Hoher Blutdruck?

ja nein
ja nein

Gibt es in Ihrer Familie Venenkrankte?

ja nein

Wenn ja: Wer?

Wurden Sie einmal operiert?
Wann?

ja nein

Was?

Welche Krankheiten sind bei Ihnen bekannt?

6. Wurden Ihre Venen schon mit speziellen Untersuchungsmethoden untersucht?

ja nein ich weiß nicht

wann?

Wissen Sie, mit welcher Methode?

7. Möchten Sie noch etwas anfügen, was nicht gefragt wurde, oder was Sie gerne mitteilen möchten?
