

ANAMNESEBOGEN – VORGESCHICHTE UND BEFUND

Datum:

Name,:

Vorname:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Krampfadern seit:

Vorbehandlungen:

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche: _____

Bein-OPs oder Verletzungen:

☐ Nein ☐ Ja,

Wenn ja, welche: _____

Schwere Erkrankungen:

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche: _____

Blutverdünnungsmittel:

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche: _____

Thrombosen:

☐ Nein ☐ Ja

Thrombosen bei Eltern:

☐ Nein ☐ Ja

Venenentzündungen:

☐ Nein ☐ Ja

Nierenerkrankungen:

☐ Nein ☐ Ja

Herzerkrankungen:

☐ Nein ☐ Ja

Diabetes:

☐ Nein ☐ Ja

Bluthochdruck:

☐ Nein ☐ Ja

Chemotherapie:

☐ Nein ☐ Ja

Hormontherapie:

☐ Nein ☐ Ja

Antibabypille:

☐ Nein ☐ Ja

Schwangerschaft (aktuell):

☐ Nein ☐ Ja

Kompressionsstrümpfe:

☐ Nein ☐ Ja

Vorbefunde vorhanden:

☐ Nein ☐ Ja

Aktuelle Beschwerden:

Bemerkungen:

Unterschrift Patient/in:
