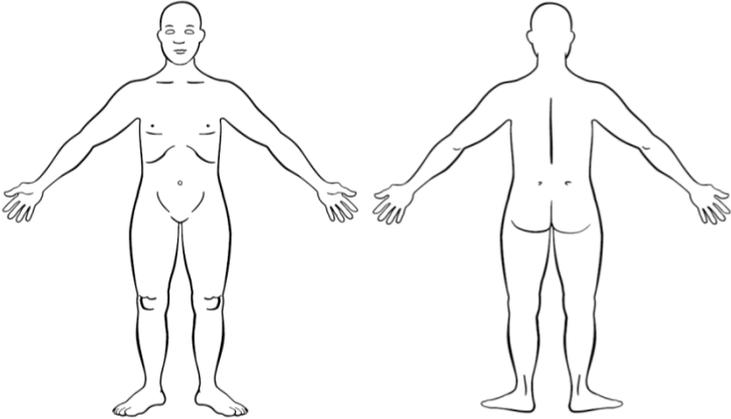


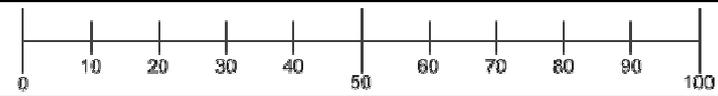
Patientenstammdaten		Praxisdaten (Stempel)	
1	<b>Name, Vorname</b>		
2	<b>Geburtsdatum</b>  _ _ . _ _ . _ _ _ _  Tag Monat Jahr		
3	<b>Anschrift (Straße, Hausnummer)</b>	<b>PLZ, Ort</b>	
4	<b>Angaben zur Krankversicherung</b> <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<b>Name der Krankversicherung und Versichertennummer</b>	
5	<b>Familienstatus</b>	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend	
6	<b>Beruflicher Status</b>	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> ohne Arbeit <input type="checkbox"/> Invalide <input type="checkbox"/> Rentner	
7	<b>Berufliche Belastungen</b>	<input type="checkbox"/> überwiegend stehend <input type="checkbox"/> überwiegend sitzend <input type="checkbox"/> gemischt	
8	<b>Sonstige Belastungen</b> (z.B. dauerhafte psychische oder körperliche Belastungen) [Freitext]		
9	<b>Hobbys und sportliche Aktivitäten</b> [Freitext]		
Gesundheitsangaben zu Ihrer Person			
Eigenanamnese			
10	<b>Wo haben Sie Ihre Schwellung bemerkt?</b> Bitte zeichnen Sie die Region der Schwellung/en an dem Bodychart nebenan ein.		
11	<b>Fühlen Sie sich durch Ihre Schwellungen eingeschränkt?</b> <input type="checkbox"/> keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> folgende Einschränkungen		
12	<b>Schmerzempfinden</b> <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> Spannungsschmerz <input type="checkbox"/> Berührungsschmerz <input type="checkbox"/> Druckschmerz <input type="checkbox"/> Sonstiges	<b>Schätzen Sie die Intensität Ihrer Schmerzen ein</b> <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	
13	<b>Hämatomneigung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14	<b>Wesentliche Unfälle/Verletzungen der letzten 10 Jahre</b>	<b>Zeitraum</b>  _ _ . _ _ _ _  Monat Jahr	<b>Lokalisation</b>
15	<b>Große Operationen in den letzten 10 Jahren</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Zeitraum</b>  _ _ . _ _ _ _  Monat Jahr	<b>Lokalisation</b>
16	<b>Bestrahlung aufgrund einer Tumorerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
17	<b>Chemotherapie aufgrund einer Tumorerkrankung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

18	<b>Bekannte Vorerkrankungen</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Künstliches Gelenk <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Arthrosen/Verschleiß <input type="checkbox"/> Schulterarthrose <input type="checkbox"/> Hüftarthrose <input type="checkbox"/> Kniearthrose	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Andere Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Lähmungen mit wesentlichen Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Sonstige Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ByPass-Operation <input type="checkbox"/> Morbus Sudek <input type="checkbox"/> Operation mit Lymphknotenentfernung <input type="checkbox"/> Weitere:
19	<b>Relevante Medikationen</b> <input type="checkbox"/> Antikoagulantien (z.B. Marcumar) <input type="checkbox"/> beta-Blocker (z.B. Bisoprolol) <input type="checkbox"/> Ca-Antagonisten (z.B. Amlodipin) <input type="checkbox"/> Antidepressiva (z.B. Citalopram) <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (z.B. Diclophenac, Voltaren)	<input type="checkbox"/> Diuretika (z.B. HCT) <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva (z.B. Pille) <input type="checkbox"/> Östrogene <input type="checkbox"/> Schilddrüsenhormone <input type="checkbox"/> Andere:
20	<b>Vorsorgeuntersuchungen</b> <input type="checkbox"/> Hautscreening <input type="checkbox"/> Gynäkologische Vorsorge <input type="checkbox"/> Urologische Vorsorge	<input type="checkbox"/> bislang keine Untersuchung erfolgt <input type="checkbox"/> letzte Untersuchung: _____ Monat Jahr

**Ödematisierung**

21	<b>Welche Vorbehandlungen in Bezug auf Ihre Schwellungen haben Sie bislang erhalten?</b> <input type="checkbox"/> bislang keine Behandlung <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Manuelle Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Kompressionsverband <input type="checkbox"/> Kompressionsbestrumpfung <input type="checkbox"/> Apparative Kompressionstherapie  Zeitraum der Behandlung (von - bis) _____ Monat Jahr - Monat Jahr	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung  Zeitraum der Behandlung (von - bis) _____ Monat Jahr - Monat Jahr  <b>Hinweis:</b> Bitte bringen Sie den Abschlussbericht der stationären Behandlung zum nächsten Arztbesuch mit!
22	<b>Behandlung in Eigenregie</b> <input type="checkbox"/> Versuche zur Gewichtsnormalisierung <input type="checkbox"/> Bewegungsübungen: Art der Übung: _____  Häufigkeit: _____	<input type="checkbox"/> Hochlagerung der betroffenen Extremität <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend  Platzhalter für Einzeichnung über Lagerung/Winkel

**Lebensqualität**

23	<b>Einschätzung Ihres Allgemeinen Gesundheitszustandes</b> Bitte markieren Sie Ihre Bewertung an der Skala von 0-100 (0=denkbar schlechtesten Zustand; 100=denkbar besten Zustand)	
24	<b>Einschätzung Ihrer Lebensqualität</b> <b>Beweglichkeit und Mobilität</b> <input type="checkbox"/> keine Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> ans Bett gebunden <b>Allgemeine Tätigkeiten</b> <input type="checkbox"/> keine Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <b>Angst und Niedergeschlagenheit</b> <input type="checkbox"/> bin nicht ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin mäßig ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin extrem ängstlich oder deprimiert	<b>Für sich selbst sorgen</b> <input type="checkbox"/> keine Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> einige Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage für mich zu sorgen <b>Schmerzen und körperliche Beschwerden</b> <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> mäßige Schmerzen <input type="checkbox"/> extreme Schmerzen

**Familienanamnese (bitte zutreffendes ankreuzen)**

25	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
26	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
27	<input type="checkbox"/> Besondere Erkrankungen (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
28	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
29	<input type="checkbox"/> Familiäre Neigung zu Schwellungen?	