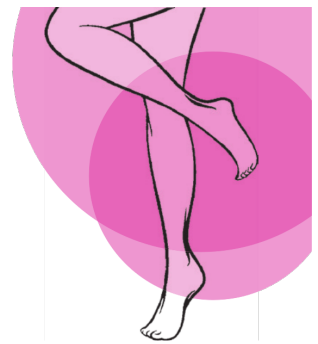




Fragebogen Venenleiden

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Welche Beine sind betroffen? ☐ rechts ☐ links ☐ beide

Art der Veränderung ☐ Besenreiser ☐ Krampfadern ☐ offene Stelle (Ulkus) ☐ Schwellung

Seit wann?

Wie viele Stunden täglich stehen/sitzen Sie?

Beschwerden ☐ Schweregefühl ☐ Schmerzen ☐ Juckreiz ☐ Wadenkrämpfe ☐ keine

Frühere Venenoperation, Verödung oder
Laserbehandlung

☐ nein ☐ ja

Thrombose oder Venenentzündung

☐ nein ☐ ja

Krampfadern bei Eltern oder Geschwistern

☐ nein ☐ ja

Schwangerschaften (Anzahl bitte angeben)

☐ nein ☐ ja

Tragen Sie Kompressionsstrümpfe?

☐ nein ☐ ja

Durchblutungsstörung der Beine (Arterien)

☐ nein ☐ ja

Was erwarten Sie von der Behandlung?

Bitte bringen Sie, falls vorhanden, Ultraschallbefunde Ihrer Venen und Ihre Kompressionsstrümpfe mit. Tragen Sie zur Behandlung bequeme, weite Hosen oder einen Rock und Schuhe, in die der Verband passt.

Ort, Datum

Unterschrift