



Gefäßpraxis Wuppertal
Kleiner Werth 34
42275 Wuppertal
Tel 0202 7588080
Fax 0202 7588089

www.gefaesspraxis-wuppertal.de
info@gefaesspraxis-wuppertal.de

Patientenfragebogen

Name: _____ Vorname: _____
Geb.datum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Versichert:

- gesetzlich
 privat
 private Zusatzvers.

Krankenhaus

Liebe Patientin, lieber Patient !

Bevor Sie untersucht werden möchten wir Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

Rauchen Sie ? ja nein
Wenn ja, wieviel am Tag: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? ja nein
Wenn ja, was und wieviel am
Tag: _____

Leiden Sie unter einer chronischen
Infektion (AIDS, Hepatitis) ? ja nein

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen ?

Chronische Bronchitis / Asthma ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Hoher Blutdruck ja nein

Verengung der Herzkranzgefäße ja nein

Zustand nach Herzinfarkt ja nein

Herzklappenfehler ja nein

Herzmuskelschwäche ja nein

Herzrhythmusstörungen ja nein

Beindurchblutungsstörungen,
Schaufensterkrankheit ja nein

Zustand nach Schlaganfall ja nein

Krampfadern ja nein

Thrombose, Venenentzündung ja nein

Beinschwellung, Ödem ja nein

Gelenk-, Knochenerkrankungen ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Erhöhter Blutfettspiegel ja nein

Erhöhter Harnsäurespiegel ja nein

Thrombose/Lungenembolie bei Geschwistern,
Eltern oder Großeltern?

ja nein

Allergien: _____

Medikamente allgemein: _____

Medikamente zur Blutverdünnung: _____

Operationen: _____

Krampfaderoperationen: _____

Sonstiges: _____

Wuppertal, den _____

Unterschrift: _____