

RISIKOPROFIL

Name / Vorname		Geb.-Datum	
Telefon (bitte angeben)		Handy (bitte angeben)	
Größe		Gewicht	
Email		Beruf	

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

	JA/NEIN		JA/NEIN
Bluthochdruck?	☐ ☐	Leiden Sie unter Krämpfen / Muskelkater beim Laufen im Waden- bzw. Oberschenkelbereich?	☐ ☐
Hyperlipidämie? (hohe Blutfette, Cholesterin, ...)	☐ ☐	Wenn ja, nach wie viel Metern?	
Diabetes? Wenn ja, Insulin Tabletten	☐ ☐		
Koronare Herzkrankheit? (Herzinfarkt, Herzkatheter, ...)	☐ ☐	Bestehen Krämpfe / Muskelkater beim Treppensteigen bzgl. Ihrer Beinmuskulatur?	☐ ☐
Schlaganfall?	☐ ☐	Wurden bei Ihnen gefäßspezifische operative Eingriffe (Hals oder Beinarterien) durchgeführt?	☐ ☐
Nierenerkrankung? (Dialyse)	☐ ☐	Wenn ja, wann und wo?	
Lungenerkrankung?	☐ ☐		
Lebererkrankung / Gelbsucht?	☐ ☐	Hatten Sie schon eine Thrombose oder eine Lungenembolie ?	☐ ☐
Rauchen Sie?	☐ ☐	Tragen Sie Kompressionsstrümpfe ?	☐ ☐
Nichtraucher? Seit wann?	☐ ☐	Krampfadern oder Besenreisern bekannt?	☐ ☐
Bösartige Tumoren?	☐ ☐	Bestehen bei Ihnen nächtliche Krämpfe der Waden- bzw. Oberschenkelmuskulatur oder eine gewisse Unruhe Ihrer Beine?	☐ ☐
Blutgerinnungsstörung?	☐ ☐	Wurde bei Ihnen eine Polyneuropathie festgestellt?	☐ ☐
Bekannte Allergien?	☐ ☐	Sind Sie aktuell in orthopädischer Behandlung? Wenn ja, mit welcher Problematik?	☐ ☐
Familiäre Vorbelastungen? (Schlaganfall / Herzinfarkt)	☐ ☐		
Meldepflichtige Infektionskrankheiten? (HIV / AIDS / Hepatitis)	☐ ☐	Herzschriltmacher / Defibrillator vorhanden? Wenn ja, MRT tauglich?	☐ ☐ ☐ ☐

Bitte wenden!



Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Blutverdünnende Medikamente (bitte Ihres unterstreichen)

Falithrom / Marcumar / Phenprogamma

ASS / Clopidogrel / Plavix / Iscover

Xarelto / Pradaxa / Eliquis / Lixiana

Cholesterinsenker

(Bitte mit Milligramm Angabe)

Simvastatin / Lovastatin / Pravastatin / Pitavastatin

Fluvastatin / Atorvastatin / Rosuvastatin

Bitte nennen Sie uns Ihre weiteren Medikamente, die Sie einnehmen:

Schweigepflicht/Datenschutz:

1. Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Überweisender Arzt – ist der Hausarzt ☐ ja ☐ nein			Mit Bericht einverstanden	
Name	Fachgebiet	Ort	Ja ☐	Nein ☐
Hausarzt (falls abweichend)				
Name	Fachgebiet	Ort	Ja ☐	Nein ☐

Datum

Unterschrift