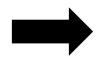
RISIKOPROFIL

Name / Vorname	GebDatum		
Telefon (bitte angeben)	Handy (bitte angeben)		
Größe	Gewicht		
Email	Beruf		

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Krankheiten?

		IEIN		JA/N	IEIN
Bluthochdruck? Hyperlipidämie?	0	0	Leiden Sie unter Krämpfen / Muskelkater beim Laufen im Waden- bzw. Oberschenkelbereich?	0	0
(hohe Blutfette, Cholesterin,)	0		Wenn ja, nach wie viel Metern?		
Diabetes?	•	0			
Wenn ja, Insulin Tabletten	(0	Bestehen Krämpfe / Muskelkater beim Treppensteigen bzgl. Ihrer Beinmuskulatur?	0	0
Koronare Herzkrankheit? (Herzinfarkt, Herzkatheter,)	0	0	Wurden bei Ihnen gefäßspezifische		
Schlaganfall?	0	0	operative Eingriffe (Hals oder Beinarterien) durchgeführt?	0	0
Nierenerkrankung? (Dialyse)	0	0	Wenn ja, wann und wo?		J
Lungenerkrankung?	0	0	Hatten Sie schon eine Thrombose oder		
Lebererkrankung / Gelbsucht?	0	O	eine Lungenembolie?	0	0
Rauchen Sie?	0	0	Tragen Sie Kompressionsstrümpfe ? Krampfadern oder Besenreisern bekannt?	0	0
Nichtraucher? Seit wann?			Bestehen bei Ihnen nächtliche Krämpfe der		
Bösartige Tumoren?	0	0	Waden- bzw. Oberschenkelmuskulatur oder eine gewisse Unruhe Ihrer Beine?	0	0
Blutgerinnungsstörung?	0	0	Wurde bei Ihnen eine Polyneuropathie festgestellt?	0	0
Bekannte Allergien?	0	0	Sind Sie aktuell in orthopädischer Behandlung? Wenn ja, mit welcher Problematik?	0	0
Familiäre Vorbelastungen? (Schlaganfall / Herzinfarkt)	0	0			
Meldepflichtige Infektionskrankheiten? (HIV / AIDS / Hepatitis)	0	0	Herzschrittmacher / Defibrillator vorhanden? Wenn ja, MRT tauglich?	0	0

Bitte wenden!



Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

1.

(hitto Throc untorstroichen)	ente Falltr	nrom / Marcumar	/ Pnenprogam	ıma			
(bitte Ihres unterstreichen)	ASS	/ Clopidogrel / Pla	ıvix / Iscover				
	Xarel	lto / Pradaxa / Eli	quis / Lixiana				
Cholesterinsenker		Simvastatin / Lovastatin / Pravastatin / Pitavastatin					
(Bitte mit <u>Milligramm</u> Angabe)		Fluvastatin / Atorvastatin / Rosuvastatin					
Bitte nennen Sie uns Ihre w	veiteren Medika	amente, die Sie	einnehmen:				
Schweigepflicht/Datenso	<u>:hutz:</u>						
Hausarzt/-ärztin, ggfls. au Untersuchungsergebnisse bzweinverstanden sind. Wir bitte nennen und uns mitzuteilen, o Sie können diese Willensäu diesem Fall um schriftliche	w. Behandlungsr en Sie daher, u ob Sie <u>mit der Übe</u> I ßerung jederze	maßnahmen zu ns Ihren <u>Hausar:</u> ersendung von Be	zt / überweis erichten einver	fern Sie da sendem Arzi rstanden sin Wir bitten i	<u>t</u> zu id. in		
Überweisender Arz	t – ist der Hau	usarzt □ ja	□ nein		Bericht rstanden		
Name	Fachgebiet	Ort		Ja	Nein		
Hausarzt (falls abweichend	1)	L					
Name Fac	Fachgebiet	Ort		Ja	Nein		
Datum	Unte	rschrift					