

Anamnesebogen Lipomedicum

Kontaktdaten

Vor -und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Tel.Nr.: _____

E-Mail Adresse: _____ Beruf: _____

Notfallkontakt mit Tel. Nr.: _____

Versicherung

Gesetzliche Versicherung: _____

Private Versicherung: _____ Beihilfe: _____ JA / NEIN

Allgemeines

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Rauchen Sie? JA / NEIN Alkoholkonsum: _____

Vorerkrankungen

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Hoher Blutdruck JA / NEIN

Niedriger Blutdruck JA / NEIN

Herzrhythmusstörungen JA / NEIN

Herzinsuffizienz JA / NEIN

Schilddrüsenüberfunktion JA / NEIN

Schilddrüsenunterfunktion / Hashimoto JA / NEIN

Schilddrüsenunterfunktion JA / NEIN

Diabetes Mellitus JA / NEIN

COPD JA / NEIN

Migräne JA / NEIN

Multiple Sklerose JA / NEIN

Gerinnungsstörung Faktor V / II Leiden JA / NEIN

PCO Syndrom JA / NEIN

Endometriose JA / NEIN

Infektionskrankheiten

Leiden Sie an einer der folgenden Infektionskrankheiten?

Hepatitis JA / NEIN

Tuberkulose JA / NEIN

HIV JA / NEIN

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA / NEIN

Pille: JA / NEIN Seit dem _____ Lebensjahr

Im Alter zwischen_____

Hormonpräparate _____

Spirale _____

Vaginalring _____

Blutdruckmittel _____

Herzmittel _____

Diabetesmedikament _____

Schilddrüsenmedikament _____

Psychopharmaka _____

Blutverdünnungsmedikamente Aspirin ASS100 / Heprain-Spritzen
Zutreffende bitte Einkreisen Marcumar / Xarelto / Eliquis

Nahrungsergänzungsmittel: _____

Allergien

Antibiotika JA / NEIN

Schmerzmittel JA / NEIN

Sonstige Medikamente JA / NEIN

Nahrungsmittel JA / NEIN

Familie

Ist Ihre Familienplanung abgeschlossen? JA / NEIN

Haben Sie bereits Kinder? JA / NEIN

Wenn ja, wie viele und wann haben Sie sie bekommen?

Haben Sie gestillt ? JA / NEIN

Haben Sie noch weiteren Beschwerden oder Anmerkungen?

Wann hat Ihre Krankheit begonnen ?

Kindheit

Pubertät

Schwangerschaft

Wechseljahre

Sport

Welche Sportarten machen Sie regelmässig?

(Zutreffendes bitte einkreisen)

Joggen / Schwimmen / Aqua-Cycling / Aqua-Jogging / Fitness / Ausdauertraining

Fahrradfahren / Yoga / Pilates / Sonstiges

Diät und Ernährung

Wie ernähren Sie sich zurzeit?

- Diät mit ca. 1200 kcal pro Tag
- Normal, gesund, ohne Kalorien zu zählen
- Ich achte nicht sehr auf meine Ernährung
- Ohne oder mit nur wenig Kohlenhydraten

Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht ? JA / NEIN

Konnten Sie damit Gewicht verlieren? JA / NEIN

Wie viel Kg haben Sie abgenommen ? _____ kg

Zeitpunkt vor: _____ Monaten

_____ Jahren

Hatten Sie den Eindruck das Sie an den Beinen weniger Umfang/ Gewicht verloren haben? JA / NEIN

Frühere Operationen

Sind Sie schon einmal operiert worden? JA / NEIN

Wenn ja, wann und woran wurden Sie operiert ? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine Fettabsaugung vorgenommen ? JA / NEIN

Wenn ja, wann und an welchen Regionen? _____

Kam es bei früheren Operationen zu Komplikationen?

Venen

Wurden Sie bereits an den Vene untersucht ?	JA / NEIN
Besteht eine Venenerkrankung ?	JA / NEIN
Wurden Sie bereits an den Vene operiert?	JA / NEIN
Hatte Sie schone einmal eine Thrombose / Embolie?	JA / NEIN

Lipödem

Die Krankheit wurde bereits durch einen Arzt diagnostiziert ? _____
Ich habe die Vermutung, das ich an einem Lipödem leiden JA / NEIN

Lymphdrainage und Kompressionsversorgung

Erhalten Sie regelmäßig Lymphdrainage? JA / NEIN
Seit wann ? _____ Monaten _____ Jahren

Tragen Sie regelmäßig Kompressionsversorgungen ? JA / NEIN
Seit wann ? _____ Monaten _____ Jahren

Welche Variante und Klasse der Kompressionsversorgungen tragen Sie ?

Beschwerden/ Symptome

Blaue Flecken	JA / NEIN
Berührungsempfindlichkeit / Druckempfindlichkeit	JA / NEIN
Ruheschmerzen / Muskelkater	JA / NEIN
Schwere der Beine	JA / NEIN
Volumenzunahme im Laufe des Tages	JA / NEIN
Leistungseinschränkung in den Armen	JA / NEIN
Sind Sie extrem gehemmt Röcke/ Kleider oder kurze Hosen zu tragen oder ins Schwimmbad zu gehen?	JA / NEIN
Gefühl, das Ihre Haut sehr lange braucht, bis sie sich wieder warm anfühlt, wenn Sie aus der Kälte kommen?	JA / NEIN