

# 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 / IIIV 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 / Heparin-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

Lipomedicum  
CHIRURGISCHE PRAXIS AM NECKAR

## 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 schon 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