

Krankenvorgeschichte Lymphologie



Name: _____ Vorname: _____ Tel.: _____ Hausarzt: _____

Geb.-Datum: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Datum: _____

Vorerkrankungen:

Lymphödem bekannt? NEIN JA , seit: _____ Arzt: _____
Lipödem bekannt? NEIN JA , seit: _____ Arzt: _____
Krampfadern: NEIN JA
Thrombosen: NEIN JA wo: _____ wann: _____
Entzündungen/ Wundrosen (Erysipel) NEIN JA wo: _____ wann: _____
Wunden/ Ulcus NEIN JA wo: _____ wann: _____
Arterielle Durchblutungsstörung (pAVK) NEIN JA
böartige Erkrankung: NEIN JA Diagnose: _____
sonstige Erkrankungen: Diabetes Herz Nieren Leber Schilddrüse
weitere: _____
Familiäre Belastung durch Lip- oder Lymphödem? NEIN JA , (was, wer): _____
Vor-Operationen: NEIN JA , (was, wann): _____

Aktuelle Medikation: Keine JA
falls kein Plan vorliegt Listung (Präparat/Dosis/Einnahmezeit): _____

Labor-Untersuchung: zuletzt: Ergebnis vorliegend JA , NEIN in Praxis: _____

Beschwerden:

Schwellung:
Beine: NEIN JA , rechts/ links/ beidseits, seit: _____
Arme: NEIN JA , rechts/ links/ beidseits, seit: _____
Schmerzen: NEIN JA: in Ruhe , bei Bewegung , wo: _____
gesteigerte Druckschmerzhaftigkeit NEIN JA
Neigung zu Blutergüssen NEIN JA

bisherige Behandlung:

Manuelle Lymphdrainage: NEIN JA , seit: _____ durch: _____
Dauer: 30/ 45/ 60 Min. Häufigkeit: _____ x/Woche

Kompressionsversorgung: NEIN JA , seit: _____ letzte Versorgung: _____
Sanitätshaus: _____ Kompressionsklasse: I II III IV
Rundstrick (Venen) Flachstrick (Lymphologisch)
Arme rechts/links/beidseits
Beine: Unterschenkel Leiste rechts / links / beidseits Strumpfhose

Apparative intermittierende Kompression NEIN JA , Gerät: _____
Stationäre Behandlung NEIN JA , wann: _____ Ort: _____

Aushändigung Informationsmappe Lipödem/Lymphödem