

Fragebogen Kontrolluntersuchung

Datum:

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei der heutigen ambulanten **Kontrolluntersuchung** möchten wir mit Ihnen die weiteren Therapiepläne ausführlich besprechen. Um hierfür mehr Zeit zu gewinnen, bitten wir Sie höflich um die Beantwortung der nachstehenden Fragen:

Nachname, Vorname:

Geburtstag:

Telefon:

Straße, PLZ, Ort:

E-Mail:

1) Letzte stationäre Behandlung wegen des Ödemleidens?

Wann:

In welcher Einrichtung/Klinik:

2) Waren Sie seit der letzten stat. Behandlung oder der letzten ambulanten Untersuchung bei uns, zu Hause in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja, wegen:

Wundroseinfektion

Unfall

Thrombose

Internistische Erkrankungen

Tumor-Rezidiv

Chirurgischer Eingriff

Gelenkserkrankungen

Sonstiges

3) Welche Medikamente nehmen Sie ein?

4) Haben Sie zu Hause ambulante Lymphdrainagetherapie erhalten?

Nein

Ja, wie oft (x wöchentlich)

5) Haben Sie die verordneten Kompressionsteile täglich getragen?

Nein

Ja

6) Haben die verordneten Kompressionsteile Beschwerden verursacht?

Nein

Ja

7) Sind die Kompressionsteile seit unserer letzten Verordnung erneuert worden?

Nein

Ja, wie oft

8) Haben Sie zu Hause selbst Kompressionsbandagen angelegt?

Nein

Ja, wie oft: täglich wöchentlich nur unregelmäßig

9) Wäre Ihrer Meinung nach eine stationäre Nachbehandlung erforderlich?

Nein

Ja

10) Leiden Sie derzeit unter offene Wunden?

Nein

Ja, wo?