

## 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:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wundroseinfektion   | <input type="checkbox"/> Unfall                      |
| <input type="checkbox"/> Thrombose           | <input type="checkbox"/> Internistische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Tumor-Rezidiv       | <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff      |
| <input type="checkbox"/> Gelenkserkrankungen | <input type="checkbox"/> 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?