

18	Bekannte Vorerkrankungen <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> nicht insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Künstliches Gelenk <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Arthrosen/Verschleiß <input type="checkbox"/> Schulterarthrose <input type="checkbox"/> Hüftarthrose <input type="checkbox"/> Kniearthrose	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Andere Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Lähmungen mit wesentlichen Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Sonstige Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung <input type="checkbox"/> Fibromyalgie <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ByPass-Operation <input type="checkbox"/> Morbus Sudek <input type="checkbox"/> Operation mit Lymphknotenentfernung <input type="checkbox"/> Weitere:
19	Relevante Medikationen <input type="checkbox"/> Antikoagulantien (z.B. Marcumar) <input type="checkbox"/> beta-Blocker (z.B. Bisoprolol) <input type="checkbox"/> Ca-Antagonisten (z.B. Amlodipin) <input type="checkbox"/> Antidepressiva (z.B. Citalopram) <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (z.B. Diclophenac, Voltaren)	<input type="checkbox"/> Diuretika (z.B. HCT) <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Kontrazeptiva (z.B. Pille) <input type="checkbox"/> Östrogene <input type="checkbox"/> Schilddrüsenhormone <input type="checkbox"/> Andere:
20	Vorsorgeuntersuchungen <input type="checkbox"/> Hautscreening <input type="checkbox"/> Gynäkologische Vorsorge <input type="checkbox"/> Urologische Vorsorge	<input type="checkbox"/> bislang keine Untersuchung erfolgt <input type="checkbox"/> letzte Untersuchung: _____ Monat Jahr

Ödematisierung

21	Welche Vorbehandlungen in Bezug auf Ihre Schwellungen haben Sie bislang erhalten? <input type="checkbox"/> bislang keine Behandlung <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Manuelle Lymphdrainage <input type="checkbox"/> Kompressionsverband <input type="checkbox"/> Kompressionsbestrumpfung <input type="checkbox"/> Apparative Kompressionstherapie Zeitraum der Behandlung (von - bis) _____ Monat Jahr - Monat Jahr	<input type="checkbox"/> stationäre Behandlung Zeitraum der Behandlung (von - bis) _____ Monat Jahr - Monat Jahr Hinweis: Bitte bringen Sie den Abschlussbericht der stationären Behandlung zum nächsten Arztbesuch mit!
22	Behandlung in Eigenregie <input type="checkbox"/> Versuche zur Gewichtsnormalisierung <input type="checkbox"/> Bewegungsübungen: Art der Übung: _____ Häufigkeit: _____	<input type="checkbox"/> Hochlagerung der betroffenen Extremität <input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> liegend Platzhalter für Einzeichnung über Lagerung/Winkel

Lebensqualität

23	Einschätzung Ihres Allgemeinen Gesundheitszustandes Bitte markieren Sie Ihre Bewertung an der Skala von 0-100 (0=denkbar schlechtesten Zustand; 100=denkbar besten Zustand)	
24	Einschätzung Ihrer Lebensqualität Beweglichkeit und Mobilität <input type="checkbox"/> keine Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme herumzugehen <input type="checkbox"/> ans Bett gebunden Allgemeine Tätigkeiten <input type="checkbox"/> keine Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> einige Probleme alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen Angst und Niedergeschlagenheit <input type="checkbox"/> bin nicht ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin mäßig ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> bin extrem ängstlich oder deprimiert	Für sich selbst sorgen <input type="checkbox"/> keine Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> einige Probleme für mich zu sorgen <input type="checkbox"/> nicht in der Lage für mich zu sorgen Schmerzen und körperliche Beschwerden <input type="checkbox"/> keine Schmerzen <input type="checkbox"/> mäßige Schmerzen <input type="checkbox"/> extreme Schmerzen

Familienanamnese (bitte zutreffendes ankreuzen)

25	<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
26	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
27	<input type="checkbox"/> Besondere Erkrankungen (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
28	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen (Eltern/Großeltern/Geschwister)	
29	<input type="checkbox"/> Familiäre Neigung zu Schwellungen?	