

**Vorbereitung auf das Gespräch mit dem Arzt**

**Nehmen Sie sich Zeit, diese Doppelseite zu lesen, bevor Sie den Termin mit dem Arzt vereinbaren und arbeiten Sie sie noch einmal unmittelbar vor dem Termin durch!**

Seit wann habe ich Krampfadern? Jahre in Zahlen

Kamen sie unmerklich oder wurden sie durch ein Ereignis ausgelöst?

- |                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Schwangerschaft               | Operation |
| Thrombose                     | Unfall    |
| nach längerer Bettlägerigkeit |           |

Habe ich Beschwerden?

- |           |                     |
|-----------|---------------------|
| Druck     | Ziehen              |
| Schmerzen | Wadenkrämpfe        |
| Schwere   | Wassereinlagerungen |
|           | Kribbeln            |

Wann treten die Beschwerden auf?

- |                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| Nach längerem Stehen | morgens         |
| Nach längerem Sitzen | abends          |
| Nach längerem Laufen | bei Hitze       |
|                      | bei Anstrengung |

Wo treten sie genau auf?

- |               |              |
|---------------|--------------|
| Unterschenkel | Oberschenkel |
|               | Strangförmig |

Hatte ich eine Venenentzündung?

An welcher Stelle

- Wie oft  
Wie behandelt

Womit kann ich die Beschwerden lindern?

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| Selbsthilfemaßnahmen | Medikamente |
|                      | Sport       |

Was für Behandlungen hatte ich bisher für meine Krampfadern?

- |           |                      |
|-----------|----------------------|
| Verödung  | Kompressionstherapie |
| Operation | Lymphdrainage        |
| Tabletten | Salben               |

Wie gut haben sie mir geholfen?

Was erwarte ich vom Arzt?

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| Operation                                     | kosmetisches Ergebnis |
| Einschätzung des Schweregrades der Erkrankung | Therapieempfehlung    |

### Vorbereitung auf das Gespräch mit dem Arzt

Muss ich nach längerem Gehen vor Schmerzen anhalten?

Nach welcher Strecke?

Hatte ich andere Voroperationen (d.h., nicht an den Beinvenen)?

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Welche Medikamente nehme ich | regelmäßig    |
| sporadisch                   | für die Venen |

Habe ich unangemessen auf Medikamente reagiert? (Auch Vollnarkosen)

Schreiben Sie alle Medikamente, die Sie nehmen, mit ihren Dosierungen auf einen Zettel auf oder nehmen Sie die Packungsbeilage zum Arzt mit.

|  |                  |
|--|------------------|
| Was für Erkrankungen liegen bei mir vor? | Hoher Blutdruck  |
| Blutzucker                               | Herzerkrankung   |
| Magen/Darmerkrankungen                   | Lungenerkrankung |
| Krebserkrankungen                        | Anfallsleiden    |
| Rheumatismus                             | Sonstige         |

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Hatte ich Vorbehandlungen am Bein? |              |
| Operationen                        | Knochenbruch |

Wurde ich jemals bestrahlt oder hatte ich eine Chemotherapie?

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Sind Operationen geplant? | Allgemein       |
| am Bein                   | Ballenoperation |
|                           | Hüftoperation   |

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Neige ich zu Blutungen?       | Nasenbluten   |
| Starke Regelblutungen         | Blaue Flecken |
| Nachblutungen beim Zahnziehen |               |

|   |                     |
|---|---------------------|
| Habe ich Allergien?                         | gegen Medikamente   |
| Pflaster                                    | Desinfektionsmittel |
| Örtliche Betäubung (=Spritze beim Zahnarzt) |                     |
| Antibiotika                                 |                     |

Habe ich eine Schilddrüsenerkrankung?

|                                     |                |
|-------------------------------------|----------------|
| Habe ich eine ansteckende Krankheit | z.B. Hepatitis |
|-------------------------------------|----------------|