



Erstellt/Geändert:
Enoch, Julita

Datum:
23.04.25

Geprüft:
Liman, Gülsen

Datum:
23.04.25

Freigegeben:
Dr. Szabo

Datum:
23.04.25

Dieser Bogen dient der individuellen Einschätzung Ihrer gesundheitlichen Situation und der sicheren Durchführung einer Sklerosierungstherapie bei Health & More.

Persönliche Angaben

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Medizinische Vorgeschichte

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Blutverdünner)? Ja Nein
- Leiden Sie an Venenerkrankungen (z. B. Krampfadern, Thrombosen)? Ja Nein
- Hatten Sie bereits eine Thrombose oder Embolie? Ja Nein
- Bestehen Durchblutungsstörungen oder Gefäßerkrankungen? Ja Nein
- Gab es in Ihrer Familie Venenerkrankungen? Ja Nein
- Leiden Sie an einer Gerinnungsstörung? Ja Nein
- Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie? Ja Nein
- Bestehen Allergien (z. B. gegen Medikamente, Pflaster, Latex)? Ja Nein
- Bestehen aktuell Infektionen, Fieber oder offene Hautstellen? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen bereits eine Sklerosierung durchgeführt? Ja Nein

Lebensstil & Verhalten

Berufliche Tätigkeit (v. a. sitzend oder stehend): _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Tragen Sie regelmäßig Kompressionsstrümpfe? Ja Nein



Erstellt/Geändert:
Enoch, Julita

Datum:
23.04.25

Geprüft:
Liman, Gülsen

Datum:
23.04.25

Freigegeben:
Dr. Szabo

Datum:
23.04.25

Ziel der Behandlung

Was ist Ihr Ziel der Sklerosierungsbehandlung? (z. B. kosmetische Verbesserung, Linderung von Beschwerden):

Einwilligungserklärung

Ich bestätige, dass ich die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich wurde umfassend über die Methode der Sklerosierung (Verödung) von Besenreisern informiert. Mir sind mögliche Nebenwirkungen bekannt, wie z. B. Rötungen, Schwellungen, Hautverfärbungen, allergische Reaktionen oder seltene Komplikationen wie Thrombosen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Erfolg von mehreren Faktoren abhängig ist und ggf. mehrere Sitzungen notwendig sein können. Ich bin mit der Durchführung der Behandlung unter Berücksichtigung meiner Angaben einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Klient:in: _____