

Name Patient

Bitte links Kassenkopf eindrucken  
Oder Name, Vorname, Geb. Dat.  
Des Patienten eintragen, bitte

Tel.-Nr. unter der der Patient erreichbar ist:

---

Absender (Stempel) Datum: \_\_\_\_\_

## Venenpraxis Wunstorf (Mo. – Do., Fr. geschlossen) Anmeldung Patienten zum Schnelltermin Fax 05031 - 912782

**Terminwunsch, bitte wählen Sie EINE Option:**

**24 Std Termin bei Thrombose-Verdacht (Tief oder oberflächlich)**

Bitte Wells-Score ausfüllen, bei Summe der Punkte  $\geq 2$  ist eine TVT wahrscheinlich:

Symptome	Punkte	Symptom Vorhanden
Aktive Krebserkrankung	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Lähmung oder kürzliche Immobilisation der Beine	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Bettruhe > 3 Tage, große Chirurgie vor weniger als 12 Wochen	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Schmerz, Verhärtung entlang der tiefen Venen	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Schwellung Unterschenkel >3cm mehr als Gegenseite	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Eindrückbares Ödem am symptomatischen Bein	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Kollateralvenen	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Frühere, <b>dokumentierte</b> Tiefe Venenthrombose	1	<input type="checkbox"/> (1) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Alternative Diagnose genau so wahrscheinlich wie Thrombose	-2	<input type="checkbox"/> (-2) Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Gesamtpunktzahl		

D-Dimer-Test durchgeführt? Sinnvoll bei Score 1 - 2  ja /  nein – wenn ja:  positiv /  negativ

Heparin gespritzt? Wenn ja, welches, wie oft? \_\_\_\_\_?  
(bei OVT nur Arixtra 2,5 mg zugelassen)

- Kurzfristiger Termin bei Ödem**
- Kurzfristiger Termin bei Ulcus cruris**
- Kurzfristiger Termin bei Varizenblutung**
- Kurzfristiger Termin bei möglicherweise venös bedingten Beinschmerzen (Bitte auch orthopädisch abklären, da Venen selten Schmerzen verursachen)**
- Mittelfristiger Termin bei ausgeprägten Varizen zur OP**

Weitere Erläuterungen zur Unterstützung beim Termin:

---

---

**Bitte Medikamentenplan und relevante Befunde / Diagnosen beifügen**

**BSNR für HA Vermittlungsfall: 098897100**

Danke für Ihre Hilfe – Ihre Erika Mendoza und Team