

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 - 912781

Terminwunsch, bitte wählen Sie EINE Option:

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

Bitte Wells-Score ausfüllen, bei Summe der Punkte ≥ 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, dokumentierte 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