

## Anamnese

### Patient

Männlich  Weiblich  Divers

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherung

Gesetzlich versichert  Privat versichert

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Angaben Stammdaten

Beruf: \_\_\_\_\_

Sind Sie im Social Media Bereich tätig?  Ja  Nein

Instagram-Profil: \_\_\_\_\_

TikTok-Profil: \_\_\_\_\_

Wen möchten Sie als Ihren Notfallkontakt angeben?

Partner  Elternteil  Geschwister  Sohn / Tochter  Freund

Name und Telefonnummer des Notfallkontaktes:

\_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

Körpergröße (cm): \_\_\_\_\_

Körpergewicht (kg): \_\_\_\_\_

Sind Sie Raucher?  Ja  Nein

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein

Wie viele Kinder haben Sie und wie alt sind Ihre Kinder?

Ist Ihre Familienplanung bereits abgeschlossen?  Ja  Nein

### Medikamente & Allergien

**1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  Ja  Nein

Blutverdünner: Marcumar / Xarelto / Eliquis  Blutverdünner: Heparin-Spritzen  Blutverdünner: Aspirin ASS 100

Psychopharmaka  Blutdruckmittel  Herzmittel  Diabetesmittel  Schilddrüsenmittel

Nahrungsergänzungsmittel: \_\_\_\_\_

Sonstige Medikamente: \_\_\_\_\_

**2. Nehmen Sie aktuell oder haben Sie in der Vergangenheit hormonelle Verhütungsmittel, einschließlich intrauteriner Methoden (Kupfer- / Hormonspirale, Kupferkette, Hormonimplantat) eingenommen?**  Ja  Nein

Welche und in welchem Zeitraum? \_\_\_\_\_

**3. Bestehen aktuell Allergien?**  Ja  Nein

Penicilline  Amoxicillin  Pflaster  Aspirin  Ibuprofen  Novalgin  Laktoseintoleranz

Glukoseintoleranz  Sonstige

Welche sonstigen Allergien? \_\_\_\_\_

## Vorerkrankungen

**4. Bestehen aktuelle Vorerkrankungen?**  Ja  Nein

**Herz- / Kreislauferkrankungen**  Ja  Nein

Herzrhythmusstörungen  Herzinsuffizienz  Hoher Blutdruck  Niedriger Blutdruck  Hohe Blutfette

**Stoffwechselerkrankungen**  Ja  Nein

Diabetes Typ 1  Diabetes Typ 2  Insulinresistenz

**Chronische Erkrankungen**  Ja  Nein

Fibromyalgie  Rheuma  Nierenerkrankung

**Hormonelle Erkrankungen**  Ja  Nein

Schilddrüsenunterfunktion  Schilddrüsenüberfunktion  Hashimoto Erkrankung

**Neurologische Erkrankungen**  Ja  Nein

Multiple Sklerose  Migräne

**Gerinnungsstörung**  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Venenerkrankungen**  Ja  Nein

Thrombose  Krampfadern

**Gynäkologische Erkrankungen**  Ja  Nein

Endometriose  PCO Syndrom

**Infektionskrankheiten**  Ja  Nein

Hepatitis  Tuberkulose  HIV

**Sonstige Vorerkrankungen**  Ja  Nein

Welche? \_\_\_\_\_

## Operationen

**5. Wurden Sie schon einmal operiert?**

Ja  Nein

Woran? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

**5.1 Hat bereits eine Liposuktion (Fettabsaugung) stattgefunden?**

Ja  Nein

Welche Klinik? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Welche Areale wurden abgesaugt?

- Oberschenkel  Unterschenkel  Oberarme  Unterarme  Gesäß  Oberer Rücken  Unterer Rücken  
 Brust  Dekolleté  Hals / Kinn  Nacken  Gesicht / Wangen

**5.2 Kam es bei früheren Operationen zu Komplikationen?**

Ja  Nein

Verstärkte Blutung  Abszesse / Eiterung / Fisteln  Verzögerte Wundheilung  Verstärkte Narbenbildung

Sonstige Komplikationen

Welche sonstigen Komplikationen? \_\_\_\_\_

## Venen

**6. Wurden Ihre Venen bereits untersucht?**

Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

**6.1 Wurden Sie bereits an den Venen operiert?**

Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

## Diagnose Lipödem

**7. Haben Sie bereits die Diagnose Lipödem bekommen?**

Ja  Nein

**7.1 Wann?** \_\_\_\_\_

**7.2 Von wem haben Sie die Diagnose erhalten?**

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Fachrichtung des Arztes: \_\_\_\_\_

**7.3 Welcher Arzt hat Sie auf das Thema Lipödem gebracht?**

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

#### 7.4 Welches Lipödem Stadium / Typ wurde diagnostiziert?

Weiß ich nicht

Ja  Nein

Stadium 1

Ja  Nein

Typ 1  Typ 2  Typ 3  Typ 4

Stadium 2

Ja  Nein

Typ 1  Typ 2  Typ 3  Typ 4

Stadium 3

Ja  Nein

Typ 1  Typ 2  Typ 3  Typ 4

#### 8. Gibt es in Ihrer Familie bereits eine Lipödem-Diagnose?

Ja  Nein

Mutter  Schwester  Oma mütterlicherseits  Oma väterlicherseits  Tochter  Uroma mütterlicherseits

Uroma väterlicherseits  Tante mütterlicherseits  Tante väterlicherseits  Cousine mütterlicherseits

Cousine väterlicherseits  Sonstige

Wer? \_\_\_\_\_

### Beschwerden - Lipödemspezifisch

#### 9. Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

Ruheschmerzen – Wie Muskelkater  Kneif- / Druckschmerzen in den Beinen (von außen)  Schwere in den Beinen

Schwellungsverhalten  Blaue Flecken, ohne sich wesentlich gestoßen zu haben  Verlängertes Kältegefühl

Schwere in den Armen - z.B. beim Föhnen der Haare  Kneif- / Druckschmerzen in den Armen  Diätresistenz

Psychisch: Hemmung kurze Röcke zu tragen / ins Schwimmbad zu gehen

Andere: \_\_\_\_\_

#### 10. Welche Körperstellen sind konkret von den Beschwerden betroffen?

**Oberschenkel**

Ja  Nein

Schmerzskala 1 (= leichter Schmerz) - 10 (= sehr starker Schmerz):  
\_\_\_\_\_

**Unterschenkel**

Ja  Nein

Schmerzskala 1 (= leichter Schmerz) - 10 (= sehr starker Schmerz):  
\_\_\_\_\_

**Oberarme**

Ja  Nein

Schmerzskala 1 (= leichter Schmerz) - 10 (= sehr starker Schmerz):  
\_\_\_\_\_

**Unterarme**

Ja  Nein

Schmerzskala 1 (= leichter Schmerz) - 10 (= sehr starker Schmerz):  
\_\_\_\_\_

**Gesäß**

Ja  Nein

Schmerzskala 1 (= leichter Schmerz) - 10 (= sehr starker Schmerz):  
\_\_\_\_\_

#### 11. An welchen weiteren Körperstellen haben Sie Beschwerden?

Oberer Rücken  Unterer Rücken  Oberer Bauch  Unterer Bauch  Brust  Dekolleté  Hals / Kinn

Nacken  Gesicht / Wangen

**12. Seit wann haben Sie Beschwerden?**

- Kindheit  Pubertät  Schwangerschaft  Hormoneinnahme / -therapie  Wechseljahre  
 Emotionaler Stress (z.B. Trennung)

**13. Seit wie vielen Jahren haben Sie die Beschwerden?**

- Unter 1 Jahr  1-5 Jahre  Über 5 Jahre

**Ernährung**

**14. Wie ernähren Sie sich aktuell?**

- Intuitive Ernährung  Vegan / Vegetarisch  Ketogene Ernährung  Kalorienbeschränkung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**15. Haben Sie schon einmal eine Diät gemacht?**

Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

Wie viel Gewicht konnten Sie dadurch verlieren?  
\_\_\_\_\_

**16. Haben Sie schon einmal eine ernährungsmedizinische Beratung in Anspruch genommen?**

Ja  Nein

**Bewegung**

**17. Treiben Sie regelmäßig Sport?**

Ja  Nein

Welche Sportarten? \_\_\_\_\_

Wie oft? \_\_\_\_\_

**Konservative Therapie**

**18. Bekommen Sie regelmäßig manuelle Lymphdrainage?**

Ja  Nein

Wie oft bekommen Sie manuelle Lymphdrainage?

- 1-2 Mal pro Woche  Alle 2 Wochen  Mehrmals im Monat  1 Mal im Monat  Weniger als 1 Mal im Monat

Seit wann bekommen Sie manuelle Lymphdrainage (Monat und Jahr)?  
\_\_\_\_\_

**19. Tragen Sie regelmäßig Kompressionskleidung?**

Ja  Nein

Welche Art von Kompressionskleidung tragen Sie?

- Rundgestrickt

Wie oft tragen Sie die rundgestrickte Kompressionskleidung?

- Täglich  Mehrmals pro Woche  Alle 2 Wochen  Mehrmals im Monat  Einmal pro Monat  Nach Bedarf

Nach Bedarf - Wie oft? \_\_\_\_\_

Seit wann tragen Sie die rundgestrickte Kompressionskleidung?  
\_\_\_\_\_

Flachgestrickt

Wie oft tragen Sie die flachgestrickte Kompressionskleidung?

Täglich  Mehrmals pro Woche  Alle 2 Wochen  Mehrmals im Monat  Einmal pro Monat  Nach Bedarf

Nach Bedarf - Wie oft? \_\_\_\_\_

Seit wann tragen Sie die flachgestrickte Kompressionskleidung?

\_\_\_\_\_

Sonstige Kompressionskleidung

Wie oft tragen Sie sonstige Kompressionskleidung?

Täglich  Mehrmals pro Woche  Alle 2 Wochen  Mehrmals im Monat  Einmal pro Monat  Nach Bedarf

Nach Bedarf - Wie oft? \_\_\_\_\_

Seit wann tragen Sie sonstige Kompressionskleidung?

\_\_\_\_\_

**20. Benutzen Sie apparative Lymphdrainage (Lymphomat, Lymphapress, etc.)?**

Ja  Nein

Wie oft benutzen Sie apparative Lymphdrainage?

Täglich  Mehrmals pro Woche  Alle 2 Wochen  Mehrmals im Monat  Einmal pro Monat  Nach Bedarf

Nach Bedarf - Wie oft? \_\_\_\_\_

## Sonstiges

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Empfehlung von Freunden / Bekannten  Empfehlung eines Arztes / Physiotherapeut  Homepage: [www.lipocura.de](http://www.lipocura.de)  
 Google Suche  Instagram  TikTok  Pinterest  Presse  Facebook-Gruppe  Internet-Forum  
 Facebook-Gruppe  Patienten-Event  Sonstiges

Empfehlung von welchen Freunden / Bekannten?

\_\_\_\_\_

Empfehlung von welchem Arzt / Physiotherapeut?

\_\_\_\_\_

Name der Zeitschrift: \_\_\_\_\_

Name des Forums: \_\_\_\_\_

Wie? \_\_\_\_\_

## Forschungsfragen

Die folgenden Fragen sind für interne Forschungszwecke relevant. Sie tragen mit Ihrer Beantwortung dazu bei, das Krankheitsbild Lipödem weiter zu erforschen.

Ich möchte die Forschungsfragen nicht beantworten.  Ja  Nein

Empfinden Sie das Tragen eines Bügel-BH's als unangenehm oder schmerzvoll?  Ja  Nein

Spüren Sie, dass Ihr BH enger sitzt / einschneidet bzw. sich der Brustumfang verändert hat?  Ja  Nein

Werden Ihre Beine schlechter braun als der Rest des Körpers?  Ja  Nein

Verheilen Mückenstiche und kleine Wunden an den Unterschenkeln schlecht?  Ja  Nein

Welche BH-Art tragen Sie am liebsten?

Push-Up BH  Schalen-BH  Bügel-BH  Sport-BH  Bügelloser BH  Bustier  Ich trage keinen BH

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: 