

**Sprechstunde am \_\_\_\_\_**

Name: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ m      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

→ BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup> (wird vom Arzt ausgefüllt)

Lipödemzentrum  
 St. Josef-Krankenhaus Kupferdreh  
 Heidberweg 22-24  
 45257 Essen

Chefarzt  
 Dr. med. Marc A. Quambusch  
 Facharzt für Plastische und  
 Ästhetische Chirurgie  
 m.quambusch@contilia.de

Sekretariat  
 Melanie Azzolino  
 Fon +49(0)201 455-1400  
 Fon +49(0)201 455-1423  
 lipoedemzentrum@contilia.de

Sprechzeiten  
 nach Vereinbarung

Vorerkrankungen (inkl. Psyche): \_\_\_\_\_

Bisherige Operationen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

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

Rauchen? Alkohol?: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Beschwerden? Welche? \_\_\_\_\_

Wann wurde die Erstdiagnose des Lipödems bei Ihnen gestellt? \_\_\_\_\_

Durch welchen Facharzt? \_\_\_\_\_

Bekommen Sie Lymphdrainage? (falls zutreffend)       ja       nein       Lymphomat vorhanden

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ mal

(á \_\_\_\_\_ min.)

Tragen Sie Kompressionskleidung?  ja  nein  Flachstrick

Beine  Arme

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Machen Sie Sport?  ja  nein

Wenn ja, welche Sportart? \_\_\_\_\_

Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ mal

Wie ernähren Sie sich?  Low-Carb  mediterran  proteinreich  ketogen

Sonstiges \_\_\_\_\_

Ernährungsberatung/-therapie erfolgt?  ja  nein \_\_\_\_\_

Vorstellung im Adipositas-Zentrum erfolgt?  ja, \_\_\_\_\_

nein

Haben Sie in der letzten Zeit Gewicht verloren?  ja, \_\_\_\_\_ kg

nein

Wurden bariatrische OPs durchgeführt (z.B. Schlauchmagen)? Wenn ja, welche und wann und in welcher Klinik?

Wurde bereits eine Liposuktion/ Straffung durchgeführt?

ja, am \_\_\_\_\_ welche/s KH/Praxis \_\_\_\_\_

Welche Körperstellen? \_\_\_\_\_

nein

Folgende Angaben werden von uns ausgefüllt! Arzt: \_\_\_\_\_

Oberschenkel rechts: \_\_\_\_\_ cm

Oberschenkel links: \_\_\_\_\_ cm Jugulum-Mamillen-Abstand

Unterschenkel rechts: \_\_\_\_\_ cm rechts: \_\_\_\_\_

Unterschenkel links: \_\_\_\_\_ cm links: \_\_\_\_\_

Oberarm rechts: \_\_\_\_\_ cm

Oberarm links: \_\_\_\_\_ cm BH:

Unterarm rechts: \_\_\_\_\_ cm

Unterarm links: \_\_\_\_\_ cm WHtR:

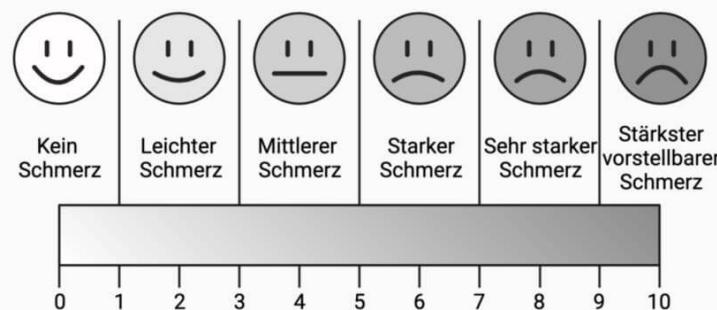
Taille: \_\_\_\_\_ cm

Gesäß: \_\_\_\_\_ cm

Stadium: \_\_\_\_\_  med. Indikation  Attest  Selbstzahler Beine/Gesäß/Hüfte  Arme  Kassenleistung\*

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

## Schmerzintensität nach der Visuellen Analogskala (VAS)

\*Nachweise:  Checkliste/Befundbericht (vom Facharzt unterschrieben) liegt vor