

Sprechstunde am _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

➔ BMI: _____ kg/m² (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

(à _____ 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
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

BH:

Oberarm links: _____ cm

Unterarm rechts: _____ cm

Unterarm links: _____ cm

WHtR:

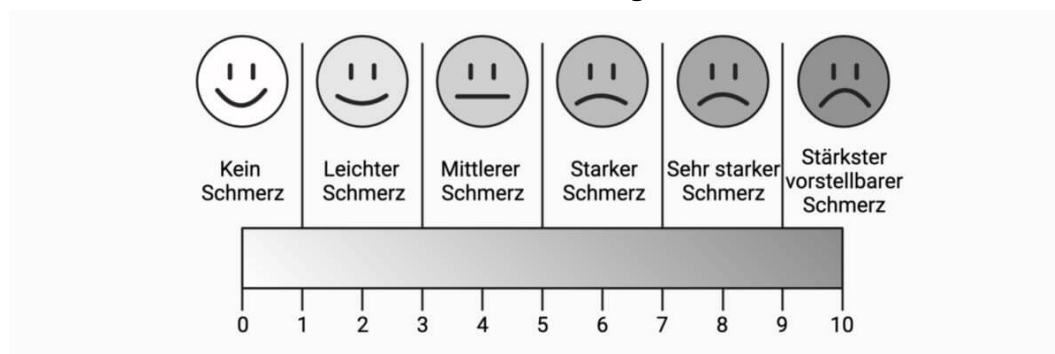
Taille: _____ cm

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