

**Augusta-Kranken-Anstalt Bochum**

**Radiologisches Institut – Chefarzt Prof. Dr. M. Bollow**  
**Interventionelle Radiologie – Ltd. Arzt Dr. D. Longwitz**

**ANAMNESEBOGEN MR-ANGIOGRAPHIE Becken-Bein-Region**

Patientenname: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Station/Zuweiser: \_\_\_\_\_

Angaben zu aktuellen Beschwerden (Schmerzcharakter z.B. dumpf, stechend, brennend;  
Schweregefühl; Taubheitsgefühl; Erektionsstörungen):

\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie die Beschwerden (bitte möglichst genaue Angabe Tage, Wochen,  
Monate, Jahre):

\_\_\_\_\_

Wo haben Sie die Beschwerden?

\_\_\_\_\_

Untere Extremität/Beine: ja                      nein  
(Zutreffendes unterstreichen)  
   rechts                      links                      beide

Wenn beidseits, welche Seite stärker: rechts                      links

Wo sind die Beschwerden lokalisiert?

Becken                      Oberschenkel                      Unterschenkel                      Fuß

Gehstrecke bis Beschwerden auftreten (Meter; z.B. mehr oder  
weniger 200m): \_\_\_\_\_

Wann treten die Beschwerden auf?  
in Ruhe                      beim Laufen

Wann bessern sich die Beschwerden?

nach Stehenbleiben                       bei anhaltender Belastung (Laufen)

Hautveränderungen (blau-violett, rötlich, blass)/Offene Stellen?  
Wenn ja, wo lokalisiert?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voroperationen/Eingriffe (wenn ja, wann, wo durchgeführt, welcher Art, welche Seite, welche Lokalisation):

---

---

Art der Operation:	Gefäßersatz z.B. Bypass	ja	nein
	Blutgerinnselentfernung	ja	nein
	Protheseneinlage/Stent	ja	nein
	Medikamentöse Therapie zur Auflösung Gerinnsel	ja	nein

Wurden frühere Untersuchungen dieser Körperregion durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche (Ultraschall, Computertomographie, Kernspintomographie, Katheteruntersuchung), wo (welche Klinik/Praxis) und wann:

---

---

---

---

Sind Vorerkrankungen oder Begleiterkrankungen bekannt (wenn ja, welche)?

---

---

---

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? Haben Sie folgende Risikofaktoren?

Diabetes mellitus („Zuckerkrankheit“):	ja	nein
Bluthochdruck:	ja	nein
Fettstoffwechselstörung:	ja	nein
Rauchen:	ja	nein
Wenn nein, aufgehört:	ja	seit wann: _____

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_