|  |  |
| --- | --- |
|  | Gesundheitsamt |

**Fragebogen Lipödem**

**Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt**

**ACHTUNG:**

Falls eine Liposuktion (Operation des Lipödems) bereits durchgeführt wurde, kann im Nachhinein keine Begutachtung erfolgen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: | | Geburtsname: | Vorname: |
| Geburtstag: | Geburtsort: | | Tag der Untersuchung: |
| wohnhaft (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort, Ortsteil) | | | |
| amtsbekannt | ausgewiesen durch:  Personalausweis  Reisepass | | |

1. **Seit wann leiden Sie unter einem Lipödem?** (Monat/Jahr)

1. **Welche Beschwerden haben Sie derzeit durch das Lipödem und wie war der Verlauf dieser Beschwerden im Laufe der Jahre?**

1. **Wann wurde erstmals die Diagnose eines Lipödems gestellt und durch welchen Arzt? Unter welchem Stadium des Lipödems leiden Sie?**

1. **Angaben zu Größe und Gewicht**

**Größe (in cm):**

**Gewicht (in kg):**

1. **Familiäre Häufung/Vererbung?** (z. B. Mutter, Großmutter etc.)

1. **Welche Therapien wurden bisher durchgeführt?**

**Gewichtsreduktion oder Ernährungsumstellung?**

**Falls ja, seit wann und in welchem Umfang?**

**Manuelle Lymphdrainage?**

**Falls ja, seit wann und in welchem Umfang?**

(Monat und Jahr, Anzahl, ambulant oder stationär etc.)

**Wird derzeit eine Lymphdrainage durchgeführt, wenn ja wie häufig?**

**Kompressionstherapie?**

**Falls Ja, welche und seit wann? Name des verordneten Arztes?**

(Verbände, Kompressionsstrümpfe, ggf. apparative intermittierende Kompression)

**Werden diese Kompressionsmaßnahmen derzeit angewendet?**

**Bewegungstherapie bzw. sportliche Aktivitäten?**

**Falls ja, welche, seit wann und in welchem Umfang?**

**Hautpflege: Welche Hautpflegeprodukte werden von Ihnen verwendet?**

**Psychotherapie?**

**Falls aufgrund der belastenten Erkrankung, wann und in welchem Umfang**

(unter Angabe des Namens und der Adresse des Therapeuten)

1. **Wurden Voroperationen (Liposuktionen) durchgeführt?**

1. **Wurde abgeklärt, ob für Sie eine operative Behandlung des Lipödems zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden kann?**

(nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion) (Erstfassung vom 19.09.2019, gültig bis 31.12.2024)

1. **Bestehen weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen?**

(z. B. Schilddrüsenerkrankung)

1. **Welche Medikamente nehmen Sie ein?**

1. **Listen Sie bitte im Weiteren ihre in Kopie beigelegten Befunde auf:**

Ort, Datum: Unterschrift

Bitte füllen Sie den Fragebogen – am besten digital - so genau wie möglich aus und legen Sie alle medizinischen Befundberichte bei (auch von zusätzlichen Untersuchungen wie z. B. Abklärung des Gefäßstatus (Venenuntersuchung), Abklärung der Schilddrüsenwerte) und eine Fotodokumentation bei.

**Anlage:**

Information zum Datenschutz zum Verbleib