

VENENTEST



MSB
ORTHOPÄDIETECHNIK
GMBH LEIPZIG

1. Sind Sie älter als 50 Jahre?

- ja
 nein

2. Sind bei Ihren Eltern oder Geschwistern Krampfadern aufgetreten?

- ja
 nein

3. Hatten Sie mehrere Schwangerschaften?

- ja
 nein

4. Haben Sie eine stehende Tätigkeit?

- ja
 nein

5. Haben Sie eine sitzende Tätigkeit?

- ja
 nein

6. Treiben Sie wenig Sport?

- ja
 nein

7. Haben Sie abends müde, schwere Beine?

- ja
 nein

8. Haben Sie manchmal geschwollene Füße/Beine?

- ja
 nein

9. Haben Sie Besenreiser?

- ja
 nein

**Sind mehr als drei Fragen mit „ja“ beantwortet,
sollten Sie bei Beschwerden Kontakt
mit Ihrem Hausarzt aufnehmen.**