Fragebogen zur Krankengeschichte:

Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können.
Die Fragen nach Medikamenten und sonstigen Erkrankungen füllen Sie bitte ggf. zusammen mit Ihrem Hautarzt aus.

Name, Vorname: _____

Pat.-Nr.: _____ (wird von MFA ausgefüllt)

1. Vorbehandlungen

- In welchem Jahr wurde die Diagnose „Schuppenflechte“ erstmalig gestellt? _____
- Waren Sie wegen der Schuppenflechte bereits bei einem Hautarzt/ in einer Hautklinik in Behandlung? Ja □ nein □

Wenn ja, wo und wann?

- Hautarzt im Jahr _____ oder von _____ bis _____

  Hautklinik in _____ im Jahr _____ oder

  von _____ bis _____
- Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt?

Salben:

(1) Mit Cortison Ja □ nein □
   a. Name der Salbe (wenn erinnerlich): _____
   b. Wann? _____

(2) Ohne Cortison Ja □ nein □
   a. Name der Salbe (wenn erinnerlich): _____
   b. Wann? _____

(3) Welche Salbe haben Sie in den letzten Wochen verwendet? _____

UV – Lichttherapien:

(1) Lichtkabine Ja □ nein □
(2) Bade Sole Lichttherapie (Balneophototherapie) Ja □ nein □
(3) PUVA Therapie Ja □ nein □

Innerliche Medikamente wegen der Schuppenflechte Ja □ nein □

Name des Medikamentes oder Wirkstoffs _____ (wenn erinnerlich)

1. Medikament: _____ genommen von_____ (Monat, Jahr)

bis _____ (Monat, Jahr)

War die Verträglichkeit gut? Ja □ nein □

Falls das Medikamente nicht mehr genommen wird, warum wurde es abgesetzt?

_____

2. Medikament: _____ genommen von_____ (Monat, Jahr)

bis _____ (Monat, Jahr)

War die Verträglichkeit gut? Ja □ nein □

Falls das Medikamente nicht mehr genommen wird, warum wurde es abgesetzt?

_____

3. Medikament: _____ genommen von_____ (Monat, Jahr)

bis _____ (Monat, Jahr)

War die Verträglichkeit gut? Ja □ nein □

Falls das Medikamente nicht mehr genommen wird, warum wurde es abgesetzt?

_____

Weitere Medikamente wegen der Schuppenflechte? Ja □ nein □
(bitte ggf. extra Blatt ausfüllen)

2. Gelenkbeschwerden?

- Hatten Sie in den letzten 5 Jahren wiederholt Schmerzen in Gelenken? Ja □ nein □
- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten wiederholt geschwollene Gelenke? Ja □ nein □
- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten wiederholt das Gefühl, die Gelenke wären morgens steif? Ja □ nein □
- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten wiederholt Schmerzen an den Sehnenansätzen (z.B. Fersenschmerz)? Ja □ nein □
- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten wiederholt Schmerzen aller drei Gelenke eines ganzen Fingers oder Zehs? Ja □ nein □
- Hatten Sie in den letzten 12 Monaten wiederholt tiefsitzende Kreuzschmerzen über mindestens drei Monate mit Morgensteifigkeit und Besserung bei Bewegung? Ja □ nein □
- Gibt es Schuppenflechte bei einem Verwandten ersten oder zweiten Grades? Ja □ nein □
- Sind Ihre Finger- oder Zehennägel verdickt, verfärbt, bröckelig? Ja □ nein □
- Sind Sie wegen Gelenkbeschwerden bei einem Orthopäden in Behandlung Ja □ nein □
- Sind Sie wegen Gelenkbeschwerden bei einem Rheumatologen in Behandlung Ja □ nein □

3. Allgemeines:

- Körpergröße: _____ cm
- Körpergewicht: _____ kg
- Bauchumfang: _____ cm
- Raucher Ja □ nein □
- Exraucher seit: _____ Ja □ nein □

- Beruf: _____

- Familienstatus: □ Ledig, □ verheiratet, □ geschieden

  Zahl Kinder: _____, Alter der Kinder: _____

  □ Verwitwet, □ alleinerziehend.

4. Weitere Erkrankungen:

- Haben Sie ein transplantiertes Organ? Ja □ nein □
- Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt? Ja □ nein □
  Bluthochdruck
- Zustand nach Herzinfarkt im Jahr: _____ Ja □ nein □
- Zustand nach Schlaganfall im Jahr Ja □ nein □
- Atherosklerose am Herzen Ja □ nein □
- Atherosklerose Halsschlagader oder Beine Ja □ nein □
- Augenentzündungen Ja □ nein □
- Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ Ja □ nein □
- Erhöhte Blutfette (z.B. Cholesterin) Ja □ nein □
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung inkl. Morbus Crohn Ja □ nein □
- Oder Colitis ulcerosa Ja □ nein □
- Eingeschränkte Nierenfunktion Ja □ nein □
- Hautkrebs Ja □ nein □
- Lymphdrüsenkrebs/ Leukämie Ja □ nein □
- Andere Krebserkrankung, ggf welche: _____ Ja □ nein □
- Hepatitis Ja □ nein □

Bitte nennen Sie alle Ihre derzeitigen Medikamente (Name oder Wirkstoff) und seit wann Sie diese nehmen:

1. seit
2. seit
3. seit
4. seit
5. seit
6. seit
7. seit

evlt weitere:

5. Impfstatus:

Bitte geben Sie an, wann die letzten der folgenden Impfungen stattgefunden haben. (ggf. mit ihrem Hausarzt).

	Datum		
Diphterie	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Tetanus	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Keuchhusten	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Kinderlähmung (Polio)	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Meningokokken	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Pneumokokken	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Varizellen (Windpocken)	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Zoster (Gürtelrose)	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Hepatitis B	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Influenza (Grippe)	zuletzt am:	oder:	□ noch nie geimpft
Andere:			

6. Internistische Vorbefunde

- Hatten Sie oder ein Verwandter jemals eine Tuberkulose — Ja □ nein □
- Gab es in den letzten 6 Monate eine Laboruntersuchnung Bei einem anderen Arzt — Ja □ nein □

  Falls ja: bringen Sie bitte eine Kopie der Befunde mit zur Sprechstunde.

7. Schwangerschaft

- für Frauen: Besteht aktuell Kinderwunsch? — Ja □ nein □
- Sind Sie schwanger? — Ja □ nein □
- Wie verhüten Sie: _____
- Für Männer: besteht aktuell Kinderwunsch? — Ja □ nein □

8. Lebensqualität

- Leiden Sie mit Ihrer Schuppenflechte unter Juckreiz? — Ja □ nein □
  Falls ja: wie stark ist der Juckreiz auf einer Skala Von 1(minimaler Juckreiz) bis 10 (maximaler Juckreiz)? _____
- Fühlen Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? — Ja □ nein □
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gern tun? — Ja □ nein □

Vielen Dank!