



Erhebungsbogen Psoriasis (Schuppenflechte)

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

pid: _____

Etikett

(Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen und legen Sie Fremd-/Vorbefunde vor)

Seit wann besteht Ihre Hautkrankheit? _____

Gibt es in der Familie Erkrankte? Eltern Geschwister _____

Die Erstdiagnose wurde gestellt durch? Hautarzt Hausarzt _____

Aktuell bin ich in Behandlung wegen der Schuppenflechte bei: _____

Wurde bislang (jemals) äußerlich z.B. mit Cremes/UV-Licht behandelt?

nein

ja, früher: Was? _____ von-bis? _____ wie oft, warum stopp? _____

ja, früher: Was? _____ von-bis? _____ wie oft, warum stopp? _____

ja, früher: Was? _____ von-bis? _____ wie oft, warum stopp? _____

ja, aktuell: Was? _____ von-bis? _____ wie oft, warum stopp? _____

Wurde bislang (jemals) innerlich z.B. mit Tabletten/Spritzen behandelt?

nein

ja, aktuell: Was? _____ seit? _____

ja, früher: Was? _____ von-bis? _____ warum stopp? _____

ja, früher: Was? _____ von-bis? _____ warum stopp? _____

ja, früher: Was? _____ von-bis? _____ warum stopp? _____

Bestehen oder bestanden andere Begleiterkrankungen oder Beschwerden?

Gelenkerkrankung Diabetes/Zuckerkrankheit Herzerkrankungen Bluthochdruck

Fettstoffwechselstörung Darmerkrankung Lebererkrankung Nierenerkrankung

Augenerkrankung Depression

andere: _____

Bestehen oder bestanden Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, TBC, AIDS)?

nein

ja, welche? _____

Erstellt: 31.03.2020	Geprüft: 10.07.2020	Freigabe: 13.07.2020
Gez. Prof. Dr. R. Wolf	Gez. Dr. S. Mühlenbein	Gez. Prof. Dr. M. Hertl



Wurden Impfungen bei Ihnen durchgeführt?

nein

ja, welche? _____

Bestehen bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten, z.B. gegen Medikamente?

nein

ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

nein

ja, welche? _____

ggf. unten ergänzen oder Medikamentenplan beilegen

Wurde bei Ihnen ein Hautkrebs-Screening durchgeführt?

nein, noch nie

ja, wann: _____ wo: _____

Bitte hier bestimmen lassen:

Größe: _____

Gewicht: _____

RR: ____/____ mmHg

Puls: ____/min

Taillenumfang: _____

Hüftumfang: _____

Bitte füllen Sie bitte beiliegende Fragebögen aus:

1. DLQI
2. VAS
3. 2-Fragen-Test
4. GEPARD
5. CED

Ergänzungen:

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift Patient(in)

Erstellt: 31.03.2020	Geprüft: 10.07.2020	Freigabe: 13.07.2020
Gez. Prof. Dr. R. Wolf	Gez. Dr. S. Mühlenbein	Gez. Prof. Dr. M. Hertl