

Fragebogen zu Begleiterkrankungen und bisheriger Therapie

Ausfülldatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Email-Adresse: _____ Handy-Nummer: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

In welchem Jahr wurde bei Ihnen die Diagnose Psoriasis (Schuppenflechte) zum ersten Mal gestellt? _____

Wann hat Sie das letzte Mal ein Hautarzt behandelt? Wer war das?

Wer ist Ihr Hausarzt? (bitte Name und Adresse angeben)

Welche Therapie wird bei Ihnen aktuell durchgeführt? (Bei Verwendung von Salben, Cremes etc. bitte Namen angeben)

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen/Risikofaktoren?

Zuckerkrankheit

Bluthochdruck

erhöhte Blutfette

Depression

Übergewicht

Raucher

Herzkrankgefäßverengung

Gelenkschmerzen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, bitte genau auflisten:

Wurde bei Ihnen bereits einmal eine Therapie der Psoriasis mit Tabletten oder Spritzen durchgeführt? Falls ja, mit welchem Präparat und weshalb wurde die Therapie nicht weiter fortgeführt?

Was ist der Grund für Ihren Terminwunsch?

Ich bin bereits in Behandlung bei einem anderen Hautarzt und möchte eine Zweitmeinung einholen

Ich möchte, dass Dr. Maaßen die Behandlung meiner Psoriasis übernimmt

Sonstiges: _____

Dermatologischer-Lebensqualitäts-Index (DLQI)

Der Fragebogen wurde ausgefüllt am: _____

Ziel dieses Fragebogens ist es, herauszufinden, wie sehr Ihre Hauterkrankung Ihr Leben **in den vergangenen 7 Tagen** beeinflusst hat. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage ein Kästchen an.

1.	Wie sehr hat Ihre Haut in den vergangenen 7 Tagen gejuckt , war wund , hat geschmerzt oder gebrannt ?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
4.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
5.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
6.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
7.	Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, daß Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten?	ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
	Falls "nein", wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?	sehr etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner , Freunden oder Verwandten verursacht?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
9.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
10.	Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in den vergangenen 7 Tagen für Sie mit Problemen verbunden (z. B. weil die Behandlung Zeit in Anspruch nahm oder dadurch Ihr Haushalt unsauber wurde)?	sehr stark stark etwas gar nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>

Ergebnis: DLQI = _____ (wird von der Praxis ausgefüllt)

Ausdehnung der Psoriasis-Herde

Bitte zeichnen die Ausdehnung Ihrer Hautveränderungen in die Figuren ein. Sie brauchen die betroffenen Flächen nur zu umranden.

