

Anrede: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Hausarzt/-ärztin: _____

Email-Adresse: _____ @ _____

Krankenversicherung: _____

Telefon: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

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

Wer hat die (Verdachts)Diagnose gestellt? _____

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente für andere Erkrankungen ein (nicht die Schuppenflechte)? Falls ja, bitte genau auflisten:

| | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Erstellt von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | Letzte Änderung: 01.02.2025 | Nächste Überprüfung: 01.02.2027 |
| Freigegeben von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | | Seite 1 von 6 |

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

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

ja nein falls ja, machen Sie bitte genaue Angaben:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

ja nein falls ja, machen Sie bitte genauere Angaben:

| | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Erstellt von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | Letzte Änderung: 01.02.2025 | Nächste Überprüfung: 01.02.2027 |
| Freigegeben von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | | Seite 2 von 6 |

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen/Risikofaktoren?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Raucher |
| <input type="checkbox"/> Herzkranzgefäßverengung | |

Andere Erkrankungen: _____

Bestehen bei Ihnen Gelenksbeschwerden (Schwellungen, Schmerzen, Morgensteifigkeit)?

- ja nein falls ja, an welchen Gelenken und in welcher Form?

Falls Sie unter Gelenkschmerzen leiden:

Wie häufig? _____ Wie lange halten die Schmerzen an? _____

Wie stark sind diese Schmerzen? (bitte machen Sie eine Markierung auf der Skala)

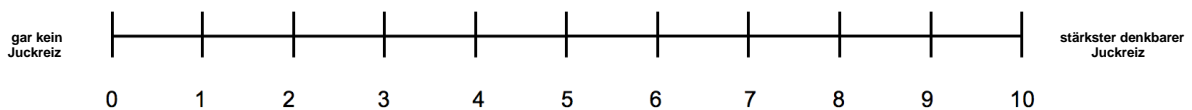


| | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Erstellt von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | Letzte Änderung: 01.02.2025 | Nächste Überprüfung: 01.02.2027 |
| Freigegeben von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | | Seite 3 von 6 |

Leiden Sie unter Juckreiz in den von der Psoriasis betroffenen Hautarealen?

ja nein

falls ja, wie stark ist der Juckreiz (bitte machen Sie eine Markierung auf der Skala, wie stark der stärkste Juckreiz innerhalb der letzten 24 Stunden war)



Fühlten 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 gerne tun?

ja nein

Was ist der Grund für Ihren Terminwunsch?

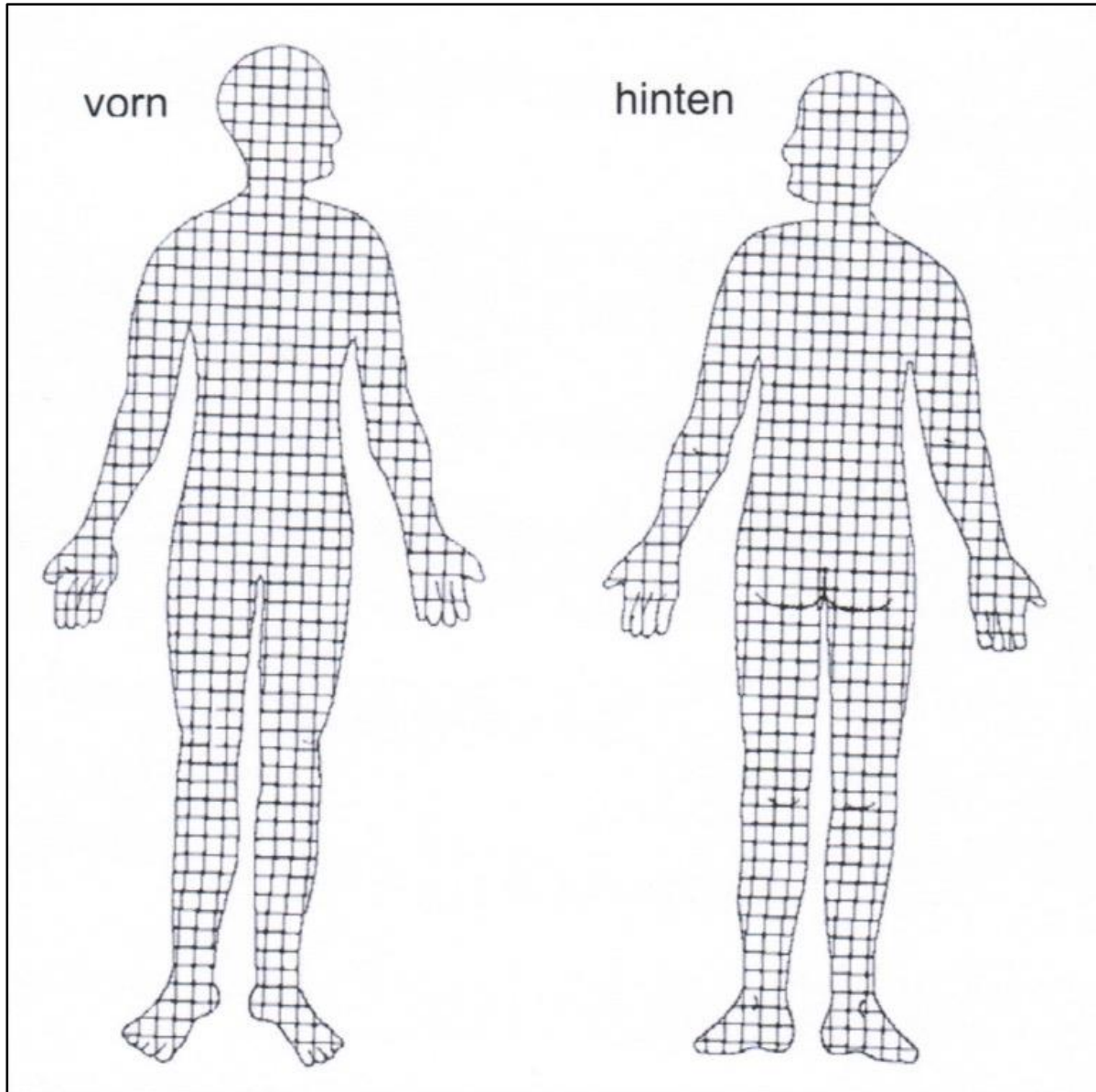
Ich bin bereits in Behandlung bei einem anderen Hautarzt und möchte eine Zweitmeinung einholen

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

Sonstiges: _____

| | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Erstellt von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | Letzte Änderung: 01.02.2025 | Nächste Überprüfung: 01.02.2027 |
| Freigegeben von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | | Seite 4 von 6 |

Falls Sie derzeit Hautveränderungen haben, zeichnen Sie bitte in die Figuren ein, wo sie sich befinden. Sie brauchen die betroffenen Flächen nur umranden.



oder kreuzen Sie an

ich habe derzeit keine Hautveränderungen

| | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Erstellt von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | Letzte Änderung: 01.02.2025 | Nächste Überprüfung: 01.02.2027 |
| Freigegeben von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | | Seite 5 von 6 |

| | | | | |
|-----|---|---|--|--|
| 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"/> |

DLQI= _____ (wird von der Praxis ausgefüllt)

| | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Erstellt von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | Letzte Änderung: 01.02.2025 | Nächste Überprüfung: 01.02.2027 |
| Freigegeben von Dr. Maaßen am 18.09.2018 | | Seite 6 von 6 |