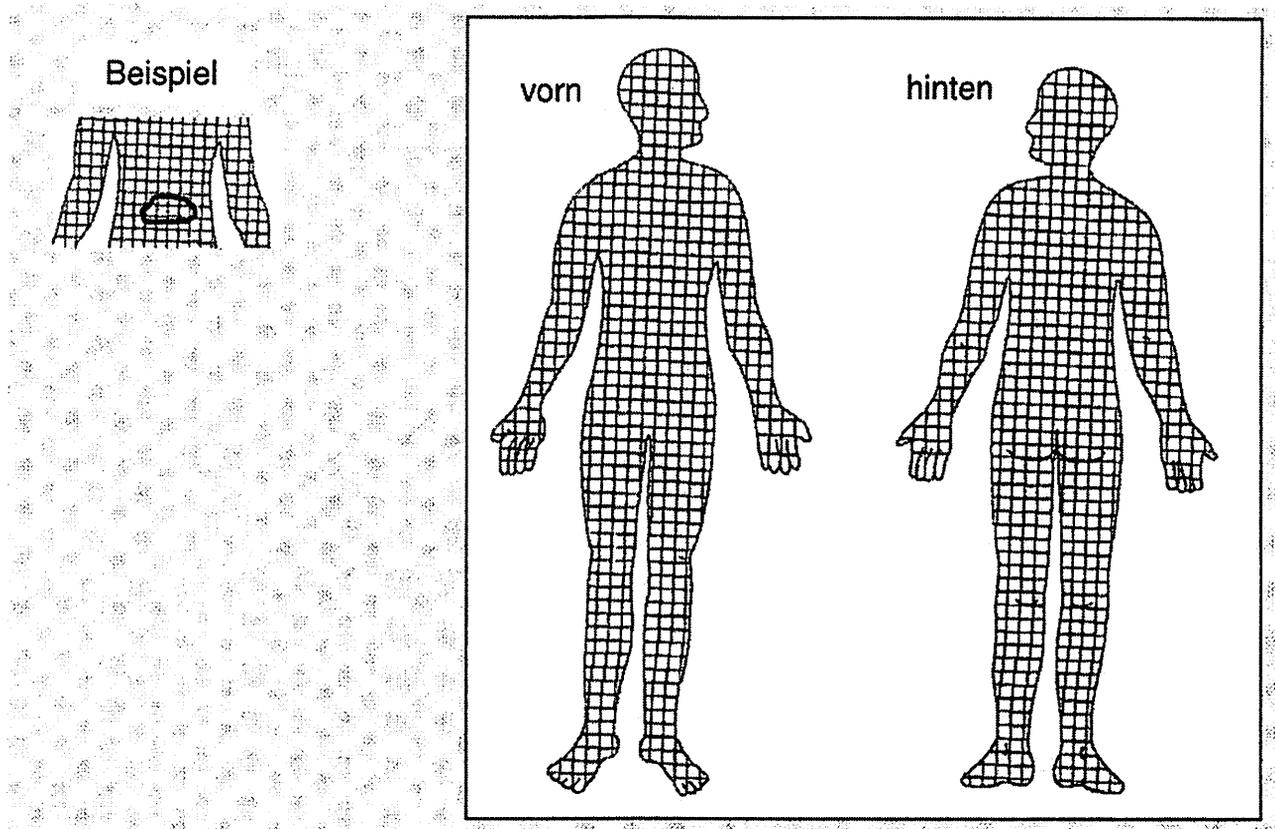


Ausdehnung der Psoriasis – Herde

Datum: _____

Bitte zeichnen Sie alle betroffenen Körperstellen so genau wie möglich in die Figur ein!

(siehe Beispiel)

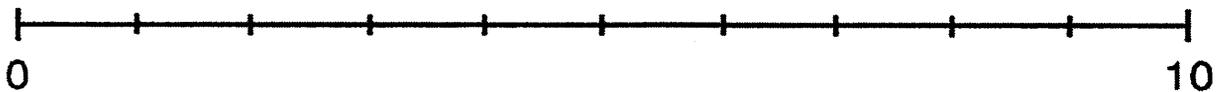


Wie schwer schätzen Sie Ihre Psoriasis momentan ein?

(Bitte kreuzen Sie die zutreffende Stelle auf der Linie von 0 – 10 an)

Keine
Hautveränderung

Stärkste
Hautveränderung



Erhebungsbogen Psoriasis (Schuppenflechte)

Datum: _____

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen:

01 Seit wann besteht ihre Hautkrankheit?

02 Ihr Alter _____ Ihre Größe _____ Ihr Gewicht _____

03 Gibt es in der Familie weitere Erkrankte? Eltern Geschwister
Großeltern

04 Die Erstdiagnose wurde gestellt durch? Hautarzt Hausarzt Kinderarzt

05 Bestehen bei Ihnen Gelenkschmerzen oder -entzündungen? Nein Ja

Wenn ja, welche Gelenke sind betroffen? _____

06 Welche Behandlung wird/wurde durchgeführt

z.B.: Mometason/Kortison in Cremeform Daivobet Enstilar UV-Behandlung

07 Wurde bislang (jemals) schon mal innerlich behandelt? (Tabletten/Spritzen) Nein
Ja

Wenn ja, mit: Kortison Fumaderm/Skilarence Ciclosporin MTX

Biologika: _____

Andere: _____

08 Wann bis wann zuletzt? von _____ mit _____

Wann abgesetzt – und warum? von _____ bis _____ mit _____

09 Bestehen bei Ihnen Begleiterkrankungen?

- insulinpflichtiger Diabetes/Zuckerkrankheit Herzerkrankungen
 Bluthochdruck Fettstoffwechselstörungen Asthma
 Depression chronisch entzündliche Darmerkrankungen

10 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Wenn ja – bitte hier auflisten

(Name, Dosierung, Häufigkeit der Einnahme > z.B. Paracetamol 500 mg 2x täglich)

Dermatologischer Lebensqualitäts-Index Datum: _____

Mit diesen Fragen soll ermittelt werden, wie sehr Ihre **Hautprobleme** in der vergangenen Woche Ihr **Leben beeinflusst** haben. Bitte machen Sie **pro Frage ein Kreuz**.

Wenn eine Aussage für Sie gar nicht zutrifft, dann kreuzen Sie bitte "Entfällt" an.

| | | | | |
|-----|--|--|---|--------------------------------|
| 1. | Wie juckend, schmerzhaft, wund oder brennend war Ihre Haut in der letzten Woche? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 2. | Wie sehr haben Sie sich in der letzten Woche wegen Ihrer Haut geschämt oder verunsichert gefühlt? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 3. | Wie sehr hat Ihr Hautzustand Sie in der letzten Woche beim Einkaufen , oder bei der Haus- und Gartenarbeit gestört? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 4. | Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche die Auswahl Ihrer Kleidung beeinflusst? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 5. | Wie stark hat Ihre Haut in der letzten Woche Ihre sozialen Kontakte oder Freizeitaktivitäten beeinflusst? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 6. | Wie sehr hat Ihre Haut Ihnen in der letzten Woche die Ausübung von Sport erschwert? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 7. | Hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche davon abgehalten zu arbeiten oder zu studieren ? Wenn "Nein", wie stark hat Ihre Haut Sie in der letzten Woche beim Arbeiten oder Studieren gestört? | Ja Nein Sehr Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 8. | Wie sehr hatten Sie wegen Ihrer Haut in der letzten Woche Probleme mit Ihrem Partner, engen Freunden oder Verwandten ? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 9. | Wie sehr hat Ihnen Ihre Haut in der letzten Woche Probleme im Liebesleben bereitet? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |
| 10. | Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in der letzten Woche ein Problem, z.B. durch Verunreinigung von Wäsche und Gegenständen oder durch den Zeitaufwand ? | Sehr stark Stark Etwas Gar nicht | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> | Entfällt <input type="radio"/> |