Saar

E-Mail: **Telefon:**

Name: **Geb. Dat.:**

Erhebungsbogen Hidradenitis Suppurativa (Seite 1) (Akne inversa)

Datum: _____

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen:

01 Wann traten die ersten Symptome auf?_____

02 Wann wurde die Diagnose gestellt? _____

03 Von wem wurde die Diagnose gestellt? ☐ Chirurg ☐ Gynäkologe ☐ Urologe ☐ Dermatologe

04 Gibt es in der Familie weitere Erkrankte? ☐ Eltern ☐ Kinder ☐ Geschwister ☐ Großeltern

05 Ihr Alter _____ Ihre Größe _____ Ihr Gewicht _____

06 Wie viele Schübe hatten Sie in den letzten 6 Monaten? _____

Wie viele **neue** Knoten/Abszesse haben sich in den letzten 6 Monaten entwickelt?_____

07 Besteht bei Ihnen gerade ein Schub? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____ Tagen

Wie viele Abszesse, entzündete Knoten, nässende Fisteln (Gänge unter der Haut) haben Sie aktuell?

☐ Abszesse _____ ☐ entzündete Knoten _____ ☐ Fisteln _____

08 Wie oft wurden bisher Abszesse eröffnet/inzidiert _____ herausgeschnitten/exzidiert _____

Wurden Sie bereits operativ saniert?
☐ Nein ☐ Ja, wenn Ja, an welchen Stellen: ☐ Achseln ☐ Leisten ☐ andere

wann zuletzt? _____

09 Welche Behandlung wird/wurde durchgeführt? _____

z.B.: ☐ topische Antibiotika (Creme/Tinktur) ☐ lokal desinfiziert ☐ Zugsalbe

10 Wurde bislang (jemals) schon mal innerlich behandelt? (Tabletten/Spritzen) ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, mit: ☐ Kortison

☐ Antibiotika, wenn ja - wie viele Tage am Stück? _____ wann zuletzt? _____

☐ Adalimumab, wenn ja - wann?_____

Erhebungsbogen Hidradenitis Suppurativa (Seite 2) (Akne inversa)

Datum: _____

11 Andere: _____

12 Bestehen bei Ihnen Begleiterkrankungen?

- ☐ insulinpflichtiger Diabetes/Zuckerkrankheit
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Fettstoffwechselstörungen
- ☐ Asthma
- ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Depression
- ☐ chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- ☐ polyzystisches Ovarsyndrom
- ☐ rheumatoide Arthritis /Spondylarthritis
- ☐ Angst-/Panikstörung
- ☐ Nikotinsucht

13 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja – bitte hier auflisten
(Name, Dosierung, Häufigkeit der Einnahme > z.B. Paracetamol 500 mg 2x täglich)

_____

_____

_____

_____

_____