

Dokumente der Gemeinschaftspraxis
 Drs. M. Asefi & Z. Sadjadi
Psoriasis
Ersterhebungsbogen



Name, Vorname _____ **Geb.- Datum** _____ **Datum** _____

Seit wann besteht die Schuppenflechte bei Ihnen? _____

Wer hat Sie zuletzt wegen der Schuppenflechte behandelt? _____

! keiner ! Hausarzt ! Hautarzt Datum letzter Besuch: _____

Name der Ärztin/des Arztes und Niederlassungsort: _____

Ist eine der nachfolgenden **Erkrankungen** bei Ihnen oder Ihrer Familie bekannt?

Erkrankung	Bei mir bekannt	Seit	In Familie bekannt	bei
Bluthochdruck/Hypertonie	!		!	
Zuckerkrankheit/Diabetes	!		!	
Fettstoffwechselstörung	!		!	
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD	!		!	
Bestehende oder frühere Krebserkrankung	!		!	
Arthritis	!		!	
Koronare Herzkrankheit/Herzinfarkt	!		!	
Schlaganfall	!		!	
Depression	!		!	
Übergewicht	!		!	
Andere Erkrankung:				
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	!		!	
Falls ja, welche?				

Bitte falls vorhanden Medikamentenplan vorlegen.

Haben oder hatten Sie jemals Schmerzen oder Schwellungen an den **Gelenken**?
 ! nein ! ja *Holen Sie sich bitte den Gelenk-Fragebogen an der Anmeldung zum Ausfüllen ab.*

Sind Ihre **Fingernägel** von der Schuppenflechte betroffen?
 ! nein ! ja *Holen Sie sich bitte den Nagel-Fragebogen an der Anmeldung zum Ausfüllen ab.*

Haben Sie sich im letzten Monat häufig **niedergeschlagen, traurig, bedrückt** oder **hoffnungslos** gefühlt?
 ! ja ! nein

Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger **Lust und Freude** an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
 ! ja ! nein

Dokumente der Gemeinschaftspraxis
 Drs. M. Asefi & Z. Sadjadi
Psoriasis
Ersterhebungsbogen



Wie wurde die Schuppenflechte bisher **behandelt**?

	Frühere Therapie	Hat es geholfen?		Aktuelle Therapie	Hilft es?
Cremes, Salben	!	! ja ! nein	Behandlungszeitraum Grund des Abbruchs	!	! ja ! nein
Lichttherapie	!	! ja ! nein	Behandlungszeitraum Grund des Abbruchs	!	! ja ! nein
Badetherapie	!	! ja ! nein	Behandlungszeitraum Grund des Abbruchs	!	! ja ! nein
Tabletten	!	! ja ! nein	Welche	!	! ja ! nein
Dimethylfumarat (Fumaderm®)	!	! ja ! nein	Behandlungszeitraum Grund des Abbruchs	!	! ja ! nein
Apremilast (Otezla®)	!	! ja ! nein	Behandlungszeitraum Grund des Abbruchs	!	! ja ! nein
Ciclosporin	!	! ja ! nein	Behandlungszeitraum Grund des Abbruchs	!	! ja ! nein
Spritzen	!	! ja ! nein		!	! ja ! nein
Infusionen	!	! ja ! nein		!	! ja ! nein
Andere Therapie:					