

Fragebogen zu Begleiterkrankungen und Vortherapien

Ausfülldatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Wohnort: _____

Straße und Hausnummer: _____

Krankenkasse: _____

Email-Adresse: _____

Telefon-Nummer(n): _____

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?

- | | |
|--|--|
| <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 | <input type="checkbox"/> 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?
