

Ersterhebungsbogen:

Name: _____ Datum: _____

Versicherungsnummer: _____

1. Seit wann besteht die Schuppenflechte bei Ihnen? _____
2. Wer hat Sie zuletzt wegen der Schuppenflechte behandelt
 Keiner Hausarzt Hautarzt
Name der Ärztin/ des Arztes: _____
3. Wie wurde die Schuppenflechte behandelt? _____

4. Haben sie schon einmal eine systemische Therapie (Tabletten/Spritzen/Infusion) wegen der Schuppenflechte erhalten? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

6. Ist eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt?
 Zuckerkrankheit/Diabetes Herzerkrankungen Depression
 Fettstoffwechselstörung Bluthochdruck/Hypertonie
7. Bestehen bei Ihnen Gelenkschmerzen oder -entzündungen Ja Nein

Von der **Praxis** auszufüllen:

Bauchumfang: _____

Blutdruck: _____/_____ mm Hg

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

BMI: _____

PASI: _____

DLQI: _____

BSA: _____

Photo-Dokumentation erfolgt?

Ja Nein