

Vom Patienten auszufüllen:

Name, Vorname: _____ Datum _____

DLQI Erfassung	überhaupt nicht	ein bisschen	ziemlich	sehr	Betrifft mich nicht
Wie sehr hat Ihre Haut in den vergangenen 7 Tagen gejuckt, war wund, hat geschmerzt oder gebrannt?					
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?					
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert?					
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?					
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?					
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?					
Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, dass Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten?	JA	NEIN			
Falls „nein“, wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?					
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner, Freunden oder Verwandten verursacht?					
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?					
Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in den vergangenen 7 Tagen für Sie mit Problemen verbunden (z.B. weil die Behandlung Zeit in Anspruch nahm oder dadurch Ihr Haushalt unsauber wurde)?					

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Schmerzgrad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Rauchstatus: Nichtraucher | Ehemaliger Raucher | E-Zigarette mit Nikotin | Raucher: _____ Stk./Tag
(Bitte unterstreichen)

Aktueller Berufsstand: Studierend | Erwerbslos | Berufsunfähig | Erwerbsunfähig | In Rente
(Bitte unterstreichen) Sonstiges | Berufstätig

Wenn Berufstätig: Anzahl Arbeitsunfähigkeits-Tage in den letzten 12 Monaten oder seit letzter Anamnese: _____

Schmerzempfinden der Offline-Code-Behandlung (Bitte unterstreichen):

Keine Schmerzen Leichte Schmerzen Mäßige Schmerzen Starke Schmerzen Sehr starke Schmerzen Stärkste vorstellbare Schmerzen

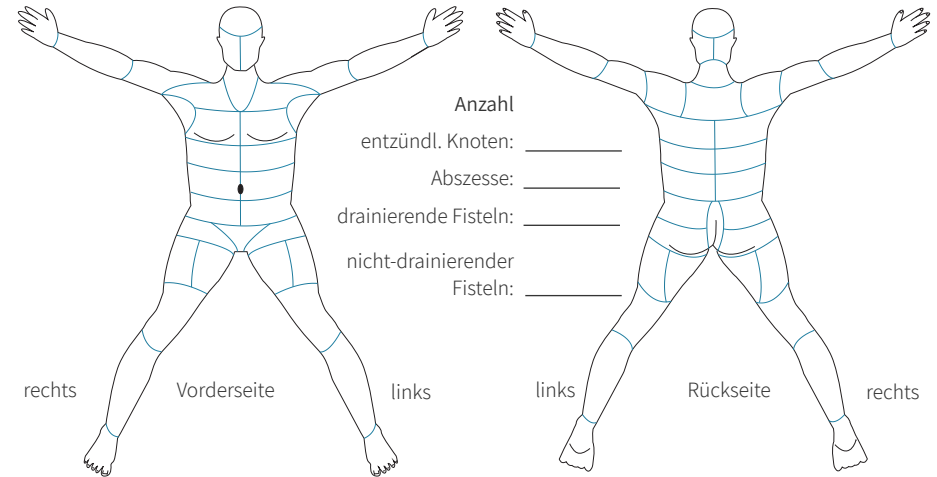
Vom Arzt/med. Fachkraft auszufüllen:

Diagnose: Hidradenitis suppurativa / Akne inversa, Hurley Grad 1 2 3
 Abszess Akne vulgaris Akne conglobata Sonstige

Betroffene Bereiche

Anamnese: Alle Felder bewerten Behandlung: Nur Behandlungsfelder bewerten

Genutzter Offline-Code: _____



Stellen Sie dem Patienten bitte folgende Frage: „Wie viele neue oder bestehende Beulen hatten Sie in den letzten 4 Wochen?“ Anzahl: _____

Hauttyp: 1 2 3 4 5 6

Komorbiditäten: Nicht bekannt | Keine | Bluthochdruck | Fettstoffwechselstörung
(Bitte unterstreichen) Depression | Entzündliche Gelenkerkrankung | Akne conglobata
Chronisch entzündl. Darmerkrankung | Polyzystisches Ovar-Syndrom
Schilddrüsenfunktionsstörung | Herz-Kreislauf-Erkrankung
Diabetes mellitus Typ 2 | Sonstige

Antibiotika-Resistenzen: Nicht bekannt | Keine | Clindamycin | Rifampicin | Doxycyclin
(Bitte unterstreichen) Monozyclin | Tetracyclin | Sonstige

Bewegungseinschränkung: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
keine bettlägerig

IAight®-Therapie: Geplanter Behandlungsabstand in Wochen: _____

Kontraindikationen vorhanden: nein ja: _____

Wiedervorstellung zum Arztgespräch: _____

Name Arzt/med. Fachkraft _____

Unterschrift _____