

Hautärzte am Marktplatz – Standort Karlsruhe

Hyperhidrose-Zentrum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihrer Beschwerden und erleichtern unser anschließendes Gespräch.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Seit wann besteht bei Ihnen das Problem des übermäßigen Schwitzens?

.....

Welche Areale sind betroffen?

.....

Wann tritt das übermäßige Schwitzen (meistens) auf?

.....

Bestehen Vorerkrankungen? (z.B. Zucker, Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen, hormonelle Störungen, Krebserkrankungen, neurologische Erkrankungen, Infektionserkrankungen?)

.....

.....

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

Haben Sie aufgrund des übermäßigen Schwitzens schon mal einen Arzt aufgesucht?

.....

Welche Vortherapien gegen das übermäßige Schwitzen wurden bereits ausprobiert?

.....

.....

Um den Schweregrad des übermäßigen Schwitzens festzustellen, bitten wir Sie, unter den nachfolgenden Aussagen die für Sie passende anzukreuzen:

- Mein Schwitzen ist nie bemerkbar und stört meine täglichen Aktivitäten nie.
- Mein Schwitzen ist erträglich und stört meine täglichen Aktivitäten manchmal
- Mein Schwitzen ist kaum erträglich und stört meine täglichen Aktivitäten häufig.
- Mein Schwitzen ist unerträglich und stört meine täglichen Aktivitäten immer.

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen (DLQI) aus. Ziel dieser Fragen ist es, herauszufinden, wie sehr Ihre Hauterkrankung Ihre Lebensqualität beeinflusst.

1.	Wie sehr hat Ihre Haut in den vergangenen 7 Tagen gejuckt , war wund , hat geschmerzt oder gebrannt ?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
4.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
5.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
6.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
7.	Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, daß Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten?	ja nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
	Falls "nein", wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?	ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner , Freunden oder Verwandten verursacht?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
9.	Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>
10.	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)?	sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/>

Ergebnis: DLQI = _____ (von der Praxis auszufüllen)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Praxis-Team der Hautärzte am Marktplatz