

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bitte füllen Sie den Zusatzfragebogen bei Schuppenflechte möglichst vollständig aus. Dies erleichtert die Behandlung. Selbstverständlich unterliegen sämtliche Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Diagnose

In welchem Jahr wurde bei Ihnen die Diagnose Schuppenflechte (Psoriasis) zum ersten Mal gestellt?	MM/JJJJ		
Wann wurden Sie das letzte Mal von einem Hautarzt behandelt?	MM/JJJJ		
Welche Therapie wird bei Ihnen aktuell durchgeführt? (Bei Verwendung von Salben, Cremes, etc. bitte Name angeben)			
Wurde bei Ihnen bereits einmal eine Therapie der Psoriasis mit Tabletten oder Spritzen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, mit welchem Präparat?			
Wenn ja, weshalb wurde die Therapie nicht fortgeführt?			
Besteht bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfette (Cholesterin) <input type="checkbox"/>	Depressionen <input type="checkbox"/>
Übergewicht (Adipositas) <input type="checkbox"/>	Raucher <input type="checkbox"/>	Herzgefäßverengung <input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen <input type="checkbox"/>

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------