


PATIENTENDATEN			
Name, Vorname		KundenNr	
Geburtsdatum		Telefon	
Anschrift			



Pharmazeutische
Hautberatung
Dr. Kathrin Büke

DERMACHECK	
Leiden Sie derzeit unter <u>akuten</u> Hautproblemen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, an welchen Körperstellen treten bzw. traten die Hautprobleme auf?	
Verursachen die Hautprobleme andere Beschwerden ? (z.B. Rötungen, Trockenheit, Brennen, Juckreiz, Schuppen, Flecken)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann traten sie das erste Mal auf? (Alter oder Jahr)	<input type="checkbox"/> nie zuvor <input type="checkbox"/> vor ____ Jahren/ Monaten/Wochen
Haben Sie selbst eine Erklärung für die Hautirritationen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____
Waren Sie aufgrund von Hautproblemen schon einmal in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche Diagnose wurde gestellt?	
Werden Sie zur Zeit aufgrund von Hautproblemen ärztlich behandelt ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, geben Sie hier bitte Namen und Adresse der behandelnden Ärzte an!	
Haben Sie in den letzten 4 Wochen kortisonhaltige Zubereitungen angewendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Wenn ja, in welcher Darreichungsform?	<input type="checkbox"/> äußerlich, als Salbe oder Creme <input type="checkbox"/> innerlich als Tabletten <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Wenn ja wie oft?	<input type="checkbox"/> regelmäßig ____ x pro Tag <input type="checkbox"/> 1-3x pro Woche <input type="checkbox"/> weniger als einmal pro Woche
Benutzen Sie derzeit regelmäßig (2x täglich) eine Pflegecreme?	
Wenn ja, welches Produkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Anmerkungen!	

Therapiehistorie

Welche Behandlungen/ Maßnahmen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?
(z.B. Klimatherapie am Meer, Kortisontherapie, Lichttherapie, Nahrungsmitteldiät, Homöopathie, Akupunktur)

Arzneimittelprofil

Bitte tragen Sie hier alle Medikamente ein, die Sie derzeit regelmäßig einnehmen? (Selbstmedikation oder ärztliche Verordnung)

1	
2	
3	
4	
5	

Eigenanamnese

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Nesselsucht	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ekzeme	<input type="checkbox"/> Gicht		<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Akne			<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose

Sonstige

Familienanamnese

Leiden Angehörige von Ihnen unter einer der folgenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Nesselsucht	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ekzeme	<input type="checkbox"/> Gicht		<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Akne			<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose

Sonstige

Einwilligungserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen und erhobenen Daten im Rahmen des Betreuungsprozesses der Pharmazeutischen Hautberatung genutzt und gespeichert werden dürfen.

Unterschrift des Patienten