

# Checkliste und Fragebogen Gut vorbereitet ins Arztgespräch

Akne inversa, auch Hidradenitis suppurativa genannt, ist eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung. Schmerzhafte Hautentzündungen – tastbare Knötchen, die sich zu Abszessen und Fisteln entwickeln – können Symptome der Erkrankung sein.

Um die Zeit bei Ihrer Hautärztin oder Ihrem Hautarzt bestmöglich zu nutzen, können Sie diese Checkliste ausfüllen. Indem Sie im Vorfeld wichtige Aspekte rund um Ihre Akne-inversa-Erkrankung erfassen, wird Ihr Gespräch vereinfacht und es bleibt mehr Zeit, auf Ihre individuelle Behandlung einzugehen.

## Allgemeine Angaben

Alter: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Gewichtsänderung:  Abnahme \_\_\_\_\_ kg  Zunahme \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag  Rauchstopp in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_

### Sind in Ihrer Familie weitere Personen an Akne inversa erkrankt?

nein  ja, dann notieren Sie sich den Familienstammbaum  ich weiß nicht

## Grund des Arztbesuches

Notfall  Therapiewechsel erwünscht  Routinekontrolle

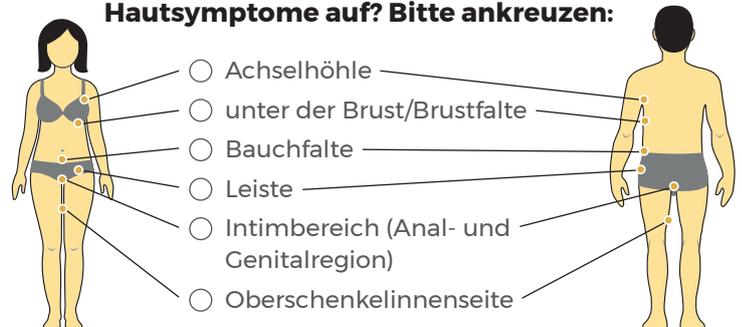
## Fragen zu Ihren Akne-inversa-Symptomen

### Welche Hautveränderungen beobachten Sie? Zum Beispiel:

- Mitesser
- Pusteln
- rote, schmerzhafte Knötchen
- abgekapselte Eiteransammlungen (Abszesse), die mit der Zeit aufbrechen
- gangartige Hohlräume unter der Haut (Fisteln)
- schlecht heilende Wunden

andere: \_\_\_\_\_

### An welchen Körperstellen treten diese Hautsymptome auf? Bitte ankreuzen:



andere: \_\_\_\_\_

### Welche weiteren Symptome rund um die Hautveränderungen beobachten Sie? Zum Beispiel:

sehr leicht 
→
 sehr stark

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <input type="radio"/> Schmerzen          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> Brennen            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> Juckreiz           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> Erwärmung der Haut | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="radio"/> andere: _____      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

### Wann haben Sie diese Symptome zum ersten Mal bemerkt? Machen Sie möglichst genaue Zeitangaben.

\_\_\_\_\_

**Wie häufig treten diese Symptome auf?**

- täglich       wöchentlich       monatlich

**Gibt es bestimmte Zeiten/Phasen, in denen diese Symptome besonders häufig auftreten (zum Beispiel bestimmte Tages-/Jahreszeiten, vor/während/nach der Menstruation)?**

- nein     ja: \_\_\_\_\_

**Wie stark beeinflussen diese Symptome Ihren Alltag?**

|                                     | Gar nicht             | Wenig                 | Mittelmäßig           | Stark                 | Sehr stark            |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Arbeit/Ausbildung/Schule/Hochschule | <input type="radio"/> |
| Familie/Partnerschaft/Freundschaft  | <input type="radio"/> |
| Freizeit                            | <input type="radio"/> |

**Gibt es Situationen, in denen die Hautsymptome besonders häufig auftreten?**     nein     ja:

- bei starkem Schwitzen
- wenn ich bestimmte Kleidungsstücke trage
- wenn ich bestimmte Lebensmittel esse,
- nach dem Rasieren
- wenn ich viel Stress habe
- andere:

z. B.: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Schmerzen, wenn Sie sich bewegen?**     nein     ja, z. B. (Körperstelle, Art der Bewegung):

\_\_\_\_\_

**Wie geht es Ihnen psychisch, seit die Hautsymptome auftreten?** \_\_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen weitere Erkrankungen festgestellt?**     nein     ja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fragen zur bisherigen Behandlung**

**Wurden bei Ihnen bereits Behandlungen durchgeführt?**     nein     ja:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie haben sich Ihre Beschwerden mit den bereits angewendeten Behandlungen verändert?**

- Verbesserung mit den folgenden Behandlungen: \_\_\_\_\_
- keine Veränderungen
- Verschlechterung mit den folgenden Behandlungen: \_\_\_\_\_
- anderes: \_\_\_\_\_

**Fragen für das Gespräch:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_