

Notfallkontakt (Behandelnde*r Ärzt*in):

Vor- und Nachname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

Notfallkontakt (Privat):

Vor- und Nachname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

WICHTIG, BITTE BEACHTEN!

Gefahr:

Bei diesem*r Patient*in können vermehrt **lebensbedrohliche Blutvergiftungen** auftreten – bitte entsprechende Maßnahmen ergreifen!

Starke Schmerzen:

Ausmaß der **Schmerzen in Zusammenhang mit Abszessen** auf einer Skala von 0-10 (NRS-Schmerzskala*) kann zwischen

_____ und _____ liegen!

*NRS = Numerische Rating Skala

Schweregrad der Akne inversa:

- ☐ Hurley-Stadium 1 (einzelne Abszesse)
- ☐ Hurley-Stadium 2 (vermehrt Abszesse, Fistelgänge, Narben)
- ☐ Hurley-Stadium 3 (flächige Abszesse, Fistelgänge, Narbenzüge)

Novartis Pharma GmbH, Nürnberg, www.novartis.de
FA-11607730, Art.-Nr.: 7102019
03/2026

 **NOVARTIS**

Patientenausweis

Akne inversa

(Hidradenitis suppurativa)

Zeitpunkt der Diagnose Akne inversa
(Monat/Jahr)

Vor- und Nachname

Adresse

Telefonnummer

E-Mail

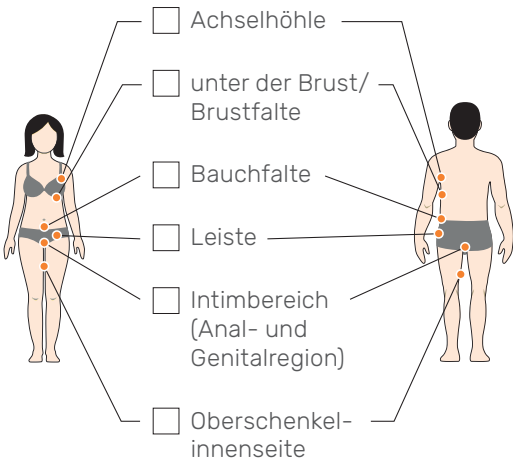
Geburtsdatum

Größe

Raucher*in: ☐ Ja ☐ Nein

HAUT
WEINDE®

(Bitte ankreuzen)



☐ andere: _____

(z.B. Cremes, OP...)

(letzte zwei Präparate/Maßnahmen)

Medikamente

[illegible]