

Checkliste und Fragebogen

Gut vorbereitet ins Arztgespräch

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

Um die Zeit bei deiner Hautärztin oder deinem Hautarzt bestmöglich zu nutzen, kannst du diese Checkliste ausfüllen. Indem du im Vorfeld wichtige Aspekte rund um deine Akne-inversa-Erkrankung erfasst, wird dein Gespräch vereinfacht und es bleibt mehr Zeit, auf deine individuelle Behandlung einzugehen.

Allgemeine Angaben

Alter: _____ Körpergröße: _____ cm

aktuelles Gewicht: _____ kg Gewichtsänderung: Abnahme _____ kg Zunahme _____ kg

Rauchst du? nein ja, _____ Zigaretten pro Tag Rauchstopp in der Vergangenheit: _____

Sind in deiner Familie weitere Personen an Akne inversa erkrankt?

nein ja, dann notiere dir den Familienstammbaum ich weiß nicht

Grund des Arztbesuches

Notfall Therapiewechsel erwünscht Routinekontrolle

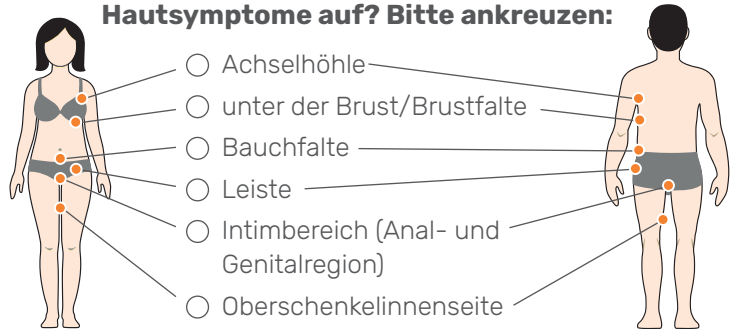
Fragen zu deinen Akne-inversa-Symptomen

Welche Hautveränderungen beobachtest du? Zum Beispiel:

- Mitesser
- Pusteln
- rote, schmerzhaft 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 beobachtest du? Zum Beispiel:

sehr leicht
→
 sehr stark

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

Wann hast du diese Symptome zum ersten Mal bemerkt? Mache 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 deinen Alltag?

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

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

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

z. B.: _____

Hast du Schmerzen, wenn du dich bewegst? nein ja, z. B. (Körperstelle, Art der Bewegung):

Wie geht es dir psychisch, seit die Hautsymptome auftreten? _____

Wurden bei dir weitere Erkrankungen festgestellt? nein ja:

Fragen zur bisherigen Behandlung

Wurden bei dir bereits Behandlungen durchgeführt? nein ja:

Wie haben sich deine Beschwerden mit den bereits angewendeten Behandlungen verändert?

- Verbesserung mit den folgenden Behandlungen: _____
- keine Veränderungen
- Verschlechterung mit den folgenden Behandlungen: _____
- anderes: _____

Fragen für das Gespräch:
