

## Ersterhebungsbogen:

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

1. Seit wann besteht die Schuppenflechte bei Ihnen? \_\_\_\_\_
2. Wer hat Sie zuletzt wegen der Schuppenflechte behandelt  
 Keiner                       Hausarzt                       Hautarzt  
Name der Ärztin/ des Arztes: \_\_\_\_\_
3. Wie wurde die Schuppenflechte behandelt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Haben sie schon einmal eine systemische Therapie (Tabletten/Spritzen/Infusion) wegen der Schuppenflechte erhalten?                       Ja                       Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?                       Ja                       Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Ist eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt?  
 Zuckerkrankheit/Diabetes                       Herzerkrankungen                       Depression  
 Fettstoffwechselstörung                       Bluthochdruck/Hypertonie
7. Bestehen bei Ihnen Gelenkschmerzen oder -entzündungen                       Ja                       Nein

Von der **Praxis** auszufüllen:

Bauchumfang: \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm Hg

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

BMI: \_\_\_\_\_

PASI: \_\_\_\_\_

DLQI: \_\_\_\_\_

BSA: \_\_\_\_\_

Photo-Dokumentation erfolgt?

Ja                       Nein