

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

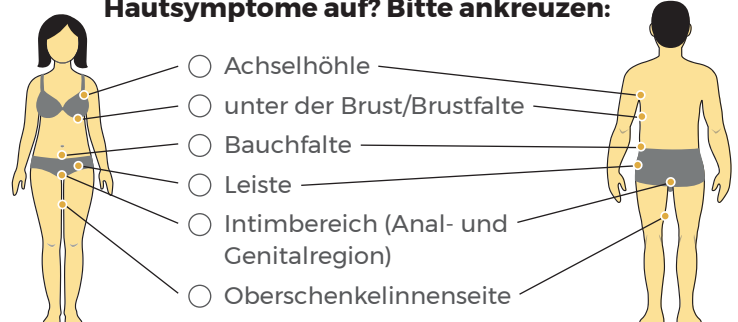
Fragen zu Ihren Akne-inversa-Symptomen

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									
☐ Schmerzen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐ Brennen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐ Juckreiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐ Erwärmung der Haut	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐ 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	☐	☐	☐	☐	☐
Familie/Partnerschaft/Freundschaft	☐	☐	☐	☐	☐
Freizeit	☐	☐	☐	☐	☐

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.: _____

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:

