

Checkliste für Ihr Arztgespräch

Beantworten Sie diese Fragen zur Vorbereitung auf Ihr Arztgespräch und finden Sie heraus, ob Ihre Symptome durch eine entzündliche Hautkrankheit namens Akne inversa (Hidradenitis suppurativa) verursacht werden könnten.

Besprechen Sie das Resultat mit Ihrer hausärztlichen oder dermatologischen Praxis, um eine geeignete Behandlung zu finden.

Bereiten Sie sich vor:

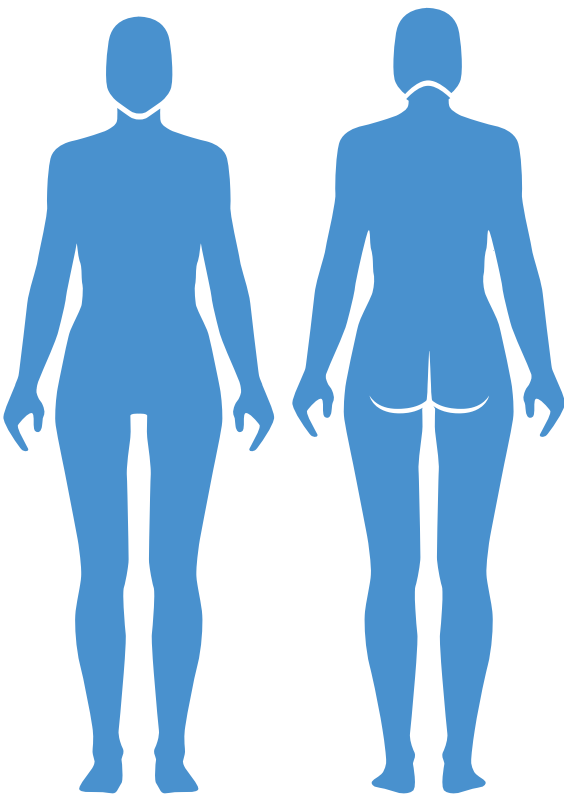
Machen Sie, wenn möglich, Fotos mit Ihrem Handy von Ihren Hautsymptomen und bringen Sie sie zum Arztbesuch mit.

1 Wie oft sind bei Ihnen in den letzten 6 Monaten Abszesse oder entzündliche Knoten aufgetreten?

1-2-mal 3-4-mal Mehr als 5-mal

2 Wann haben Sie zum ersten Mal Symptome bemerkt?

3 Bitte markieren Sie alle Körperbereiche, in denen Abszesse oder entzündliche Knoten aufgetreten sind:



4 Welche weiteren Symptome sind bei Ihnen zusammen mit den Abszessen oder entzündlichen Knoten aufgetreten?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

Schmerzen Schwellungen
Juckreiz Eitrige oder blutige Flüssigkeit
Unangenehmer
Geruch

5 Falls Schmerzen zu Ihren Symptomen gehören, wie schlimm sind diese Schmerzen?

Wählen Sie die Zahl aus, die das Ausmass der Schmerzen widerspiegelt. (0 = Keine Schmerzen, 10 = Schlimmste vorstellbare Schmerzen)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 Wie haben sich diese Abszesse oder entzündlichen Knoten auf Ihre Haut ausgewirkt?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

Sie haben Narben hinterlassen
Sie haben Tunnelgänge (auch Fisteln genannt) unter meiner Haut verursacht, durch die Flüssigkeit abfließt.
Sonstiges:

7 Welche anderen Ärzt*innen haben Sie wegen Ihren Symptomen aufgesucht?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

Hausärzt*in
Dermatolog*in
Notfall
Gynäkolog*in
Urolog*in
Gastroenterolog*in
Sonstige:

8 Mussten Sie wegen Ihrer Symptome in Notfallbehandlung?

Ja Nein

Wenn ja, wie häufig?

9 Hat oder hatte jemand in Ihrer Familie ähnliche Symptome?

Ja Nein

10 Sind Sie aktuell Raucher*in oder haben Sie früher regelmässig geraucht?

Ja Nein

11 Wie wurden Ihre Abszesse oder entzündlichen Knoten in der Vergangenheit behandelt?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

Rezeptfreie Schmerzmittel

(Paracetamol, Ibuprofen etc.)

Rezeptfreie Cremen oder Salben

(Zugsalbe, desinfizierende Salbe,

Kortison-Creme etc.)

Rezeptpflichtige Kortison- oder

Antibiotika-Creme/-Salbe

Antibiotika (oral oder intravenös)

Kleine chirurgische Eingriffe

Hausmittel

Keine der oben genannten

Sonstiges:

12 Werden oder wurden Sie durch Ihre Symptome bei alltäglichen Aktivitäten beeinträchtigt?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

Schlaf

Duschen/Baden

Auswahl der Kleidung

Arbeit

Sport

Freizeitaktivitäten

Mit Familie/Freund*innen treffen/Ausgehen

Beziehungen

Sex

Finanzen

Sonstiges:

13 Leiden oder litten Sie an folgenden gesundheitlichen Problemen?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen.

Herzerkrankung

Diabetes

Arthritis

Depressionen

Angstgefühle

Plattenepithelkarzinom

Entzündliche Darmerkrankung

(Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa)

Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS)

Zusätzliche Notizen, die Sie mit Ihrer hausärztlichen oder dermatologischen Praxis besprechen möchten: