

Fragebogen zu Lupus erythematodes

Personendaten

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Heutiges Datum

Allgemeine Anamnese

Für alle Patienten

Wann haben die Beschwerden begonnen?

Was haben Sie für Beschwerden?

Ist Ihre Diagnose schon gestellt worden?

Welche Therapie haben Sie aufgrund der Beschwerden bis dato erhalten?

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit regelmäßig ein?

Waren Sie früher mit den Beschwerden bei einem anderen Spezialisten? Wo, bei wem?

Haben Sie Kopien von Ihren früheren Befunden?
(Bitte alle Vorbefunde mitbringen!)

Welche chronische Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, weswegen?	
Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, wogegen?	
Besitzen Sie einen Allergiepass?	
Haben Sie Medikamentenallergien? Wenn ja, gegen welche Arzneimittel?	
Was ist Ihr aktueller Beruf?	
Wieviel Kinder haben Sie?	
Sind bei den Kindern Vorerkrankungen bekannt? Welche?	
Sind Erbkrankheiten in der Familie bekannt?	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wieviel pro Tag?	
Für Patientinnen	
Waren Sie schon mal schwanger? Wenn ja, wie oft?	
Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt?	
Nehmen Sie regelmäßig Pillen für Schwangerschaftsverhütung? Wenn ja, welche?	
Sind Sie aktuell schwanger? Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	

Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit Ja oder Nein

Spezifische Anamnese	Ja	Nein
Haben Sie je Pfeiffersches Drüsenfieber gehabt?		
Haben Sie häufig Infektionen?		
Ist bei Ihnen je eine (chirurgische) Hautprobe entnommen worden?		
Würden Sie sich als lichtempfindlich bezeichnen?		
Ist Ihre Lichtempfindlichkeit jemals mit einer Lichttestung bestätigt worden?		
Benutzen Sie regelmäßig Lichtschutzcremes?		
Benutzen Sie Lichtschutzmittel aus Textil (z. B. Hut, geschlossene Kleidung)?		
Müssen Sie oft in der Sonne arbeiten?		
Ist bei einem Blutsverwandten Lupus erythematoses bekannt? (z.B. Eltern, Geschwister, Großeltern, Kinder oder Enkelkinder)		
Sind Sie Raucher?		

Vorerkrankungen	Ja	Nein
Leiden Sie unter hohem Blutdruck?		
Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck?		
Ist jemals eine Krebserkrankung bei Ihnen diagnostiziert worden?		
Haben Sie jemals eine Chemotherapie erhalten?		
Haben Sie Diabetes mellitus?		
Sind Sie aktuell drogenabhängig?		
Hatten Sie jemals eine Schwangerschaftskomplikation?		
Hatten Sie Fieber in der letzten Woche?		
Fühlen Sie sich in letzter Zeit abgeschlagen?		
Hatten Sie jemals eine Thrombose?		

Symptome	Ja	Nein
Haut/Schleimhautbeteiligung		
Beobachten Sie an sich Pigmentstörungen (braunere oder hellere Flecken als die übrige Haut)?		
Hatten Sie im letzten halben Jahr vermehrten Haarausfall?		
Beobachten Sie anfallsartiges Abblassen der Finger bei Kälte?		
Wenn ja, häufiger als 5 täglich?		
Haben Sie Ihr Hautproblem in allen Jahreszeiten?		
Haben Sie häufig offene Stellen an der Mundschleimhaut?		
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?		
Haben Sie trockene Haut?		
Leiden Sie unter trockenen Augen?		
Haben Sie eine trockene Genitalschleimhaut?		

Lungenbeteiligung	Ja	Nein
Sind bei Ihnen Vorerkrankungen der Lunge bekannt?		
Ist bei Ihnen Asthma bekannt?		
Hatten Sie Episoden von Atemnot in der Vergangenheit?		

Herzbeteiligung	Ja	Nein
Liegt bei Ihnen eine Herzerkrankung vor?		
Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen?		

Magen/Darmbeteiligung	Ja	Nein
Leiden Sie unter Sodbrennen?		
Leiden Sie unter Verstopfung?		
Haben Sie regelmäßig Durchfälle?		

Beteiligung des Zentralen Nervensystems	Ja	Nein
Haben Sie Migräneanfälle?		
Haben Sie sonstige Kopfschmerzen?		
Hatten Sie einen Schlaganfall?		
Leiden Sie unter anderen neurologischen Erkrankungen (z. B. Epilepsie)?		
Leiden Sie unter psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Depression)?		

Nierenbeteiligung	Ja	Nein
Liegt bei Ihnen eine Nierenerkrankung vor?		
War oder ist bei Ihnen Dialyse wegen einer Nierenerkrankung notwendig?		

Muskel- und Gelenkbeteiligung	Ja	Nein
Leiden Sie häufig unter Gelenkschmerzen?		
Leiden Sie unter einer eingeschränkten Beweglichkeit der Gelenke?		
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Muskelkraft abnimmt?		

Therapie	
Welche von den folgenden Medikamenten haben Sie <u>regelmäßig</u> angewandt?	
Protopic oder Elidel Creme	
Kortisonpräparate als Creme oder Salbe (z.B. Ecural, Dermatop, Diprosone)	
Kortisonpräparate als Tabletten (z.B. Urbason oder Decortin Tabl.)	
Resochin Tablette	
Quensyl Tablette	
ASS oder Aspirin Tabl.	
Ibuprofen, Ibu, Dolormin, Nurofen oder Aktren Tabl.	
Diclofenac, Diclo, Diclac oder Voltaren Tabl.	
Thalidomide Tabl.	
Dapson Fatol Tabl.	
Neotigason Kaps.	
Isotretinoin, Aknenormin oder Roaccutan Kaps.	
Imurek oder Azathioprin Tabl.	
Methotrexate, Lantarel oder MTX Tabl.	
CellCept Tabl.	
Sandimmun, Cicloral, Ciclosporin oder Immunosporin Kaps.	
Endoxan Tabl.	

Teilnahme an Studien	Ja	Nein
Wären Sie bereit, an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen?		
Wären Sie bereit, an einer pharmakologischen Studie (Testung von Cremes oder Tabletten) teilzunehmen?		
Dürfen wir Ihre Antworten für wissenschaftliche Forschung (anonym, also ohne Ihren Namen) verwenden?		
Dürfen wir Sie bei zusätzlichen Fragen anschreiben?		
Dürfen wir Sie bei zusätzlichen Fragen anrufen?		
Möchten Sie eine Person berechtigen, Einsicht in Ihre medizinischen Daten zu erhalten?		

Unterschrift