

Dermatologische Klinik  
Allergologie, Dermato-Onkologie,  
Venerologie

**Prof. Dr. med. Lars E. French**  
Klinikdirektor

**Prof. Dr. med. Thomas Kündig und  
Prof. Dr. med. Alexander Navarini**  
Leiter Poliklinik & Stv. Leiter Poliklinik

## Willkommen in der dermatologischen Poliklinik

Vielen Dank für das **Ausfüllen dieses Fragebogens**, es wird uns bei der Untersuchung Ihrer Erkrankung unterstützen. Alle Informationen, die Sie hier angeben, bleiben vertraulich. Sie können auch einen Kleber mit Ihrem Namen anbringen. Diesen haben Sie vom Schalter bekommen.

Name und Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

1. Was ist das **Hauptproblem**, weswegen Sie heute zu uns kommen?

\_\_\_\_\_

2. Haben Sie **Hautkrebs** in der Vorgeschichte, z.B. Melanom, Spinalzellkarzinom, Basaliom, aktinische Keratose, auffällige Muttermale?

\_\_\_\_\_

3. Haben Sie **Muttermale oder Flecken**, die sich verändern, Ihnen Sorgen bereiten, oder nicht abheilen?

\_\_\_\_\_

4. Haben Sie Hautprobleme gehabt in der **Vorgeschichte**?

\_\_\_\_\_

5. Sind Sie **allergisch gegen Arzneimittel**?

\_\_\_\_\_

6. Haben Sie andere **Allergien**, z.B. Ekzem, Nesselfieber, Heuschnupfen (saisonal), Kontaktallergien, Augenbrennen, Laufende Nase, Asthma?

\_\_\_\_\_

7. Bitte listen Sie Ihre **bekanntesten medizinischen Diagnosen** auf (Bluthochdruck, Diabetes, Herzinfarkt, etc)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Haben Sie in der letzten Zeit **kosmetische oder sonstige Behandlungen Ihrer Haut** bekommen?

\_\_\_\_\_

9. Hat jemand **in Ihrer Familie Hautprobleme** gehabt, und wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

10. Sind Sie **schwanger**? \_\_\_\_\_

11. Wo sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

12. Was ist Ihr **Beruf**? \_\_\_\_\_

13. Ihr **Familienstand**? \_\_\_\_\_

14. Haben Sie **Haustiere**? \_\_\_\_\_

15. Wo sind Sie im letzten Jahr hingereist? \_\_\_\_\_

16. **Welche Medikamente nehmen Sie ein** (Aspirin, Blutverdünnung, Antibabypille, Schlaftabletten, Inhalationsmedikamente, Vitamintabletten)

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

17. **Welche Medikamente tragen Sie auf die Haut auf** (Crèmen, Salben, Tinkturen, Nagellack, Bäder, Puder)

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

Name des Medikamentes \_\_\_\_\_ wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

18. **Wohin soll der Bericht über Ihre Behandlung überall hingesendet werden?** Bitte geben Sie die Adresse an.

\_\_\_\_\_

19. **Welche Apotheke ziehen Sie vor?**

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für die Beantwortung dieses Fragebogens. Wir hoffen, Sie finden unsere Dienstleistung nützlich und werden alles tun, um einen raschen Behandlungserfolg zu erreichen.**

