



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Sie haben unsere Praxis aufgrund Ihrer veränderten Schweißneigung aufgesucht.

Um Sie umfassend beraten zu können, möchten wir Sie bitten uns bereits im Vorfeld einige wichtige Fragen zu Ihrer Vorgeschichte zu beantworten.

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ **Größe:** \_\_\_\_\_

**Beginn der Erkrankung (Tage, Monate, Jahre)?** \_\_\_\_\_

Wo ist die Schweißneigung am stärksten?

- |                                  |                                |                                 |   |
|----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hände   | <input type="checkbox"/> Füße  | <input type="checkbox"/> Axilla | <input type="checkbox"/> überall gleich |
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Rücken |   |

Wann ist die Schweißneigung am stärksten?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> morgens (ca.8 Uhr)     | <input type="checkbox"/> mittags (ca. 12 Uhr)  |
| <input type="checkbox"/> abends (ca. 18 Uhr)    | <input type="checkbox"/> nachts (ca.22 Uhr)    |
| <input type="checkbox"/> bei Anstrengung/ Sport | <input type="checkbox"/> bei emotionalem Streß |

Ist die vermehrte Schweißbildung Temperatur-abhängig?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Nachtschweiß?  Ja  Nein

Haben Sie Fieber? Oder fühlen Sie sich fiebrig?  Ja  Nein

Ist Ihnen eine Veränderung in der Farbe des Schweißes aufgefallen?  Ja  Nein

Leiden Sie unter vermehrter Geruchsbildung?  Ja  Nein

Bisherige Therapieversuche?  Ja  Nein

Wenn Ja, womit?

1.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen/ aufgetragen.

2.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen/ aufgetragen.

3.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen/ aufgetragen.

Besteht oder bestanden bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

|  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Schilddrüsenerkrankungen?                        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit?              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Blutarmut/ Bluterkrankungen/ Eisenmangelanämien? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Nierenerkrankungen?                              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Bluthochdruck?                                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Niedriger Blutdruck?                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Herzerkrankung/ Herzrhythmusstörung?             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Lebererkrankungen? (z.B. Hepatitis)              | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Neurologische Erkrankung? (z.B. Parkinson)       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hormonelle/endokrinologische Erkrankungen?       | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Schwere Infektionskrankheiten?                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Rheuma-Erkrankung?                               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Tumorleiden/ Krebserkrankung?                    | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Ekzeme?  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Allergien/Unverträglichkeiten?                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Weitere bekannte Erkrankungen?                   | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

### **Familienanamnese:**

Gibt es Familienangehörige mit einer ähnlichen Problematik? Vater? Mutter? Geschwister?

\_\_\_\_\_

### **Medikamentenanamnese:**

Aktuelle Medikamente, wenn Ja, bitte den Namen aufschreiben:

1.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen/ aufgetragen.

2.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen/ aufgetragen.

3.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen/ aufgetragen.

4.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen/ aufgetragen.

Aktuelle Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitamine, Mineralien)?

Wenn Ja, bitte den Namen aufschreiben:

1.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen.

2.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen.

3.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen.

4.: \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eingenommen.

**Gynäkologische Anamnese:**

In welchem Lebensalter war Ihre erste Regelblutung? \_\_\_\_\_

Geburten? o Ja      o Nein      Wie viele? \_\_\_\_\_      Wann zuletzt entbunden? \_\_\_\_\_

Dauer des Stillens? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Menstruationszyklus regelmäßig? (ca. alle 27 Tage? )      o Ja      o Nein

Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche?      o Ja      o Nein

Welche Kontrazeptiva nehmen Sie?

o „Pille“      o Spirale      o Ring  
o Hormonspitze      o Hormonstäbchen

Seit wann? \_\_\_\_\_

Gynäkologische Operationen?

Welche? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

Ab welchem Lebensalter waren Sie in den Wechseljahren? \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten