

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

Wann ist die Schweißneigung am stärksten?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> morgens (ca.8 Uhr) | <input type="radio"/> mittags (ca. 12 Uhr) |
| <input type="radio"/> abends (ca. 18 Uhr) | <input type="radio"/> nachts (ca.22 Uhr) |
| <input type="radio"/> bei Anstrengung/ Sporto 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?o 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