

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 / Sport | <input type="radio"/> 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