

Sehr geehrte liebe Patientin, sehr geehrter lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte aus. Dies hilft uns, Ihre Beschwerden zu bewerten und mit Ihnen eine geeignete Behandlung zu finden. Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte senden Sie diesen Bogen an die unten angegebene Adresse zurück.

Datum	
Name	Strasse
Vorname	PLZ Ort
Geburtstag	Tel. dienstl.
Beruf	Tel. privat
Größe	Tel. Handy
Gewicht	Fax.-Nr.
Krankenkasse, welche:	E-Mail
<input type="checkbox"/> privat:	Hausarzt (Adresse + Telefon)
<input type="checkbox"/> gesetzlich:	
Versicherungs-Nr:	
<input type="checkbox"/> private Krankenhaus-Zusatzversicherung:	

Seit wann sind Sie vom krankhaften Erröten betroffen (Datum/Jahr)? _____

Bitte beschreiben Sie mit Ihren Worten kurz Ihr Hauptproblem im Rahmen des vermehrten Errötens:

Seit wann empfinden Sie Ihr vermehrtes Erröten als Krankheit? _____

Wann haben Sie erstmals vom Begriff Erythrophobie gehört? _____

Haben Sie persönlichen Kontakt zu anderen Betroffenen? ja / nein

Welche Körperstellen sind bei Ihnen vom vermehrten Erröten besonders betroffen?
 (Bitte geben Sie das Ausmaß des Errötens an)

Gesicht	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Ohren	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Hals	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Dekolleté	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
andere: _____	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr

Wie äußert sich vermehrte Erröten bei Ihnen (Mehrfachnennung möglich)?

- die betroffenen Körperstellen sind gleichmäßig rot
- die betroffenen Körperstellen haben rote Flecken
- das Erröten tritt sehr schnell auf, innerhalb von Sekunden
- das Erröten kommt langsam
- ein Hitzegefühl ist dabei zu empfinden
- so: _____

Wie beurteilen Sie die Schwere Ihrer Erythrophobie?

- Mein Erröten ist nie auffällig und stört nie meine täglichen Aktivitäten
- Mein Erröten ist erträglich, aber manchmal stört es meine täglichen Aktivitäten
- Mein Erröten ist kaum zu ertragen und stört häufig meinen täglichen Aktivitäten
- Mein Erröten ist unerträglich und stört immer meinen täglichen Aktivitäten

Hat sich das Ausmaß des vermehrten Errötens über die Zeit verändert?

- nein, gleichgeblieben ja, zugenommen ja, abgenommen wechselnd

Wie sind beide Körperhälften (rechte und linke Seite) betroffen?

- gleich betroffen rechts stärker links stärker wechselnd

Welches ist Ihre Gebrauchshand?

- rechtshändig linkshändig beidhändig

Welches ist Ihr Sprungbein?

- rechtsbeinig linksbeinig gleich weiß nicht

In welchen Situationen kommt es bei Ihnen zum vermehrten Erröten (Mehrfachnennung möglich)?

- bei geringfügiger körperlicher Belastung
 beim Sport
 plötzlich, ohne ersichtlichen Anlass (z.B. wenn Sie alleine sind)
 bei erhöhter Umgebungstemperatur
 in privaten Stress-Situationen
 in beruflichen Stress-Situationen
 sonstige: _____

Wie häufig kommt es bei Ihnen zum vermehrten Erröten?

- ständig mehrmals täglich täglich 1-2 mal/Woche seltener: _____

Fühlen Sie sich durch das krankhafte Erröten in Ihrem Tagesablauf beeinträchtigt?

- gar nicht wenig mäßig sehr

Fühlen Sie sich durch das vermehrte Erröten in Ihrem Umgang mit Angehörigen/ Familie beeinträchtigt?

- gar nicht wenig mäßig sehr

Fühlen Sie sich durch das vermehrte Erröten in Ihrem Umgang mit Ihrem Partner beeinträchtigt?

- gar nicht wenig mäßig sehr

Fühlen Sie sich durch das vermehrte Erröten in Ihrem Umgang mit anderen Menschen beeinträchtigt?

- gar nicht wenig mäßig sehr

Fühlen Sie sich durch das vermehrte Erröten beruflich beeinträchtigt?

- gar nicht wenig mäßig sehr

Fühlen Sie sich eher im Beruf oder im Privatbereich beeinträchtigt?

- eher beruflich eher privat

Wie würden Sie auf einer Skala von 1 (=schlecht) bis 7 (=ausgezeichnet) Ihre **körperliche Verfassung** (also Ihre Gesundheit/Fitness **unabhängig vom Erröten**) in der letzten Woche einstufen?

- 1 2 3 4 5 6 7
schlecht sehr gut

Wie würden Sie auf einer Skala von 1 (=schlecht) bis 7 (=ausgezeichnet) Ihre Lebensqualität (**auch unter Betrachtung des Errötens**) in der letzten Woche einstufen?

- 1 2 3 4 5 6 7
schlecht sehr gut

Leiden Sie unter sozialer Phobie? ja / nein / Begriff ist unbekannt

Ist die Sozialphobie ein wesentliches Teilproblem oder Hauptproblem in Ihrer jetzigen Situation?

- Hauptproblem Teilproblem betrifft mich nicht

Erhoffen Sie sich durch die Behandlung eine Lösung dieser psychosozialen Probleme?

- ja nein betrifft mich nicht

Sind in Ihrer Familie weitere Personen betroffen (Eltern, Geschwister etc.)?

Mutter ja / nein an welcher Körperregion: _____

Vater ja / nein an welcher Körperregion: _____

Geschwister Anzahl _____, davon betroffen _____, Körperregion: _____

Kinder Anzahl _____, davon betroffen _____, Körperregion: _____

Verwandte 2. Grades betroffen? ja / nein, Wer? _____

Haben Sie wegen des Errötens bereits ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? ja / nein

Haben Sie bereits Hilfe eines Heilpraktikers in Anspruch genommen? ja / nein

Haben Sie bereits psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen? ja / nein

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

körperliche Untersuchung ja / nein

Herz-Kreislauf Untersuchung ja / nein

Bestimmung von Blutwerten / Labortests ja / nein

andere Untersuchungen: _____

Untersuchung durch einen Neurologen (Nervenheilkunde) ja / nein

Untersuchung durch einen Dermatologen (Hautarzt) ja / nein

Haben Sie wegen des Errötens bereits Maßnahmen durchgeführt? ja / nein

Wenn ja, welche? Psychotherapie ja / nein

Autogenes Training ja / nein

Hypnose ja / nein

Akupunktur ja / nein

Andere: _____

Wie bewerten Sie den Erfolg der bisher durchgeführten Maßnahmen?

schlecht weniger gut mäßig gut sehr gut

Haben Sie wegen des vermehrten Errötens bereits Medikamente angewendet? ja / nein

Wenn ja, welche ?

Wie bewerten Sie die Wirkung der bisher eingesetzten Medikamente?

schlecht weniger gut mäßig gut sehr gut

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche ?

Leiden Sie neben Erröten auch an einem vermehrten Schwitzen? ja / nein

Bitte geben Sie **in jedem Fall** das Ausmaß Ihres Schwitzens an:

Gesicht gar nicht wenig mäßig sehr

Hals gar nicht wenig mäßig sehr

Achseln gar nicht wenig mäßig sehr

Hände gar nicht wenig mäßig sehr

Brust gar nicht wenig mäßig sehr

Bauch gar nicht wenig mäßig sehr

Rücken gar nicht wenig mäßig sehr

Gesäß gar nicht wenig mäßig sehr

Beine gar nicht wenig mäßig sehr

Füße gar nicht wenig mäßig sehr

Welche Art der Behandlung erwarten oder wünschen Sie sich?

Psychotherapie Medikamente Operation so: _____

Welche Erwartungen verbinden Sie mit der jetzt anstehenden Behandlung:

Den Erfolg einer Behandlung kann kein Arzt garantieren. Wäre für Sie auch ein Teilerfolg der Behandlung, also eine Minderung des Errötens, akzeptabel? ja / nein

Welches Ausmaß an Minderung des Errötens (in Prozent ausgedrückt) erwarten Sie? _____ %

Falls Sie eine ETSC überlegen: wann hörten Sie erstmals von der operativen Nervenblockade, der „endoskopischen transthorakalen Sympathikusblockade“ (ETS, ETSC, ESB)? _____
Durch wen? _____

Haben Sie persönlichen Kontakt zu mittels Sympathikusblockade Behandelten? ja / nein
Zu wem? _____

Sind Sie darüber informiert, dass im Falle einer Operation sich auch das Schwitzen am Körper verändert, das heißt, dass es zu vermehrtem, sog. „kompensatorischen“ Schwitzen an anderen Körperstellen kommt, z.B. am Rumpf, und dass Lokalisation und Ausmaß nicht vorhergesagt werden können? ja / nein

Denken Sie, dass das sogenannte „kompensatorische“ Schwitzen weniger beeinträchtigend wäre, als Ihr jetziges Erröten? ja / nein

Sind Sie darüber informiert, dass die operative Behandlung mittels ETS nicht oder nur sehr eingeschränkt rückgängig gemacht werden kann? ja / nein

Wie sind Sie auf das DHHZ gestoßen?

Internet/Google Social Media Zufall TV Empfehlung durch/so: _____

Wie schätzen Sie den Bekanntheitsgrad der Errötungs-Erkrankung („Erythrophobie“, „Facial blushing“) unter Ärzten ein? nahezu unbekannt wenig bekannt allgemein bekannt

Wie schätzen Sie den Bekanntheitsgrad der Erythrophobie-Erkrankung in der Bevölkerung ein?

nahezu unbekannt wenig bekannt allgemein bekannt

Wären Sie bereit, anderen Patienten Ihre Erfahrungen mitzuteilen? ja / nein

Wie würden Sie die Notwendigkeit einer Selbsthilfegruppe Erythrophobie-Betroffener einschätzen?

unwichtig weniger wichtig mäßig wichtig sehr wichtig

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

Liegen bei Ihnen Erkrankungen vor / hatten Sie Operationen?

Bei weiblichen Personen: Ist eine Schwangerschaft möglich? ja / nein

Was liegt Ihnen noch auf dem Herzen, das Sie ansprechen möchten:

Haben Sie vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Bitte senden Sie diesen Bogen zurück an:

Deutsches Hyperhidrosezentrum DHHZ
Priv.-Doz. Dr. C.H. Schick
Sekretariat
St.-Bonifatius-Str.5
81541 München