

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

privat, welche?:

Hausarzt (Adresse + Telefon)

gesetzlich, welche?:

Versicherungs-Nr:

private Krankenhaus-Zusatzversicherung:

Seit wann sind Sie von vermehrtem Schwitzen betroffen (Datum/Jahr)? _____

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Hauptproblem im Rahmen des vermehrten Schwitzens:

Seit wann empfinden Sie Ihr vermehrtes Schwitzen als Krankheit? _____

Wann haben Sie erstmals vom Begriff Hyperhidrose gehört? _____

Haben Sie persönlichen Kontakt zu anderen Betroffenen? ja / nein

Welche Körperstellen sind bei Ihnen von vermehrtem Schwitzen besonders betroffen?
(Bitte geben Sie das Ausmaß des Schwitzens an)

Gesicht	<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
Achseln	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Hände	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Brust	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Bauch	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Rücken	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Gesäß	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Beine	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr
Füße	<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr

Wie beurteilen Sie die Schwere Ihrer Hyperhidrose?

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

Hat sich das Ausmaß des Schwitzens über die Zeit verändert?

- nein, gleichgeblieben ja, zugenommen ja, abgenommen wechselnd

Wie sind beide Körperhälften 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 zu vermehrtem Schwitzen (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 zu vermehrtem Schwitzen?

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

Fühlen Sie sich durch das Schwitzen in Ihrem Tagesablauf beeinträchtigt?

- gar nicht wenig mäßig sehr

Fühlen Sie sich durch das Schwitzen in Ihrem Umgang mit Ihren Angehörigen/Ihrer Familie beeinträchtigt?

- gar nicht wenig mäßig sehr

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

- gar nicht wenig mäßig sehr

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

- gar nicht wenig mäßig sehr

Fühlen Sie sich durch das Schwitzen 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 von der Hyperhidrose**) 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 der Hyperhidrose**) in der letzten Woche einstufen?

- 1 2 3 4 5 6 7
schlecht sehr gut

Wie äußert sich vermehrtes Schwitzen bei Ihnen (Mehrfachnennung möglich)?

- die betroffenen Körperstellen haben einen dünnen Schweißfilm
 Schweißperlen rinnen am Körper hinab
 Schweiß tropft ab
 so: _____

Sind in Ihrer Familie weitere Personen betroffen (Eltern, Geschwister, Tanten, Onkel, Cousins 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 Schwitzens 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 wurde bereits durchgeführt?

körperliche Untersuchung ja / nein

Herz-Kreislauf Untersuchung ja / nein

Bestimmung der Schilddrüsenfunktion mit Labortest (Blutwerte) ja / nein

andere Untersuchungen des Hormonhaushalts ja / nein

Untersuchung durch einen Neurologen (Nervenheilkunde) ja / nein

Untersuchung durch eine Dermatologen (Hautarzt) ja / nein

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

Wenn ja, welche? Antitranspirantien ja / nein

Aluminiumchlorid ja / nein

Iontophorese ja / nein

Botulinumtoxin 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 Schwitzens 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 ?

Da das vermehrte Schwitzen die Betroffenen sehr häufig auch seelisch belastet, dürfen wir Sie auch zu Ihrer psychischen Situation befragen:

Leiden Sie (ggf. neben dem vermehrten Schwitzen) auch an vermehrtem Erröten? ja / nein

Empfinden Sie dieses vermehrte Erröten als krankhaft? ja / nein / betrifft mich nicht

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 eine ETS eine Lösung dieser psychosozialen Probleme?

ja nein betrifft mich nicht

Wie sind Sie auf das DHHZ gestoßen?

Empfehlung Internet/Google Social Media Zufall TV so: _____

Welche Erwartungen verbinden Sie mit der jetzt anstehenden Behandlung:

Über welche Behandlung denken Sie nach?

Medikamente, OP, miraDry, Botulinumtoxin, folgende: _____

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

Welches Ausmaß an Minderung des Schwitzens (in Prozent ausgedrückt) erwarten Sie? ____ %

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

Durch wen? _____

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

Zu wem? _____

Sind Sie darüber informiert, dass bei vielen Patienten die „Gesamtschwitzmenge“ konstant bleibt, das heißt, es zu vermehrtem, sog. „kompensatorischen“ Schwitzen an anderen Körperstellen kommen kann, z.B. am Rumpf, und dass Lokalisation und Ausmaß nicht vorhergesagt werden können? ja / nein

Denken Sie, dass das „kompensatorische Schwitzen“ weniger beeinträchtigend wäre, als Ihr jetziges Schwitzen?

ja / nein

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

Wie schätzen Sie den Bekanntheitsgrad der Hyperhidrose-Erkrankung unter Ärzten ein?

nahezu unbekannt wenig bekannt allgemein bekannt

Wie schätzen Sie den Bekanntheitsgrad der Hyperhidrose-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 Hyperhidrose-Betroffener einschätzen?

unwichtig weniger wichtig mäßig wichtig sehr wichtig

Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

Liegen bei Ihnen Erkrankungen vor / hatten Sie Operationen? Welche?

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

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