

Anamnesebogen

Hyperhidrose-Sprechstunde

Damit wir uns in der Sprechstunde voll auf Ihr Anliegen konzentrieren können, bitten wir Sie, diesen Bogen vor Ihrem Termin in Ruhe auszufüllen und ausgedruckt mitzubringen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

01 Persönliche Daten

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht	Größe / Gewicht	
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort		Telefon	
E-Mail			
Beruf		Krankenversicherung (gesetzlich / privat)	
Hausärztin / Hausarzt (Name, Ort)			

02 Ihr Anliegen

In welchen Körperregionen besteht das übermäßige Schwitzen?
(Mehrfachnennung möglich)

☐ Achseln	☐ Handflächen
☐ Fußsohlen	☐ Stirn / Gesicht
☐ Kopfhaut	☐ Rücken / Brust
☐ Leistenregion	☐ Andere Region
Andere Region (bitte angeben)	

Seit wann besteht das übermäßige Schwitzen? (Jahr / Lebensphase)

Tritt das Schwitzen unabhängig von Hitze oder körperlicher Anstrengung auf?	☐ Ja	☐ Nein
Tritt das Schwitzen auch im Schlaf auf?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Familienmitglieder ebenfalls betroffen?	☐ Ja	☐ Nein

03 Belastung im Alltag

Wie stark fühlen Sie sich durch das Schwitzen beeinträchtigt?
Bitte eine Stufe der HDSS-Skala ankreuzen.

- ☐ **1** Mein Schwitzen ist nie spürbar und stört mich nie.
- ☐ **2** Mein Schwitzen ist erträglich, stört aber manchmal meine Aktivitäten.
- ☐ **3** Mein Schwitzen ist kaum erträglich und stört mich häufig.
- ☐ **4** Mein Schwitzen ist unerträglich und stört mich ständig.

Meiden Sie soziale Situationen, Sport oder bestimmte Kleidung? ☐ Ja ☐ Nein

Müssen Sie tagsüber häufiger die Kleidung wechseln? ☐ Ja ☐ Nein

Beeinträchtigt das Schwitzen Ihren Beruf? ☐ Ja ☐ Nein

04 Bisherige Behandlungen gegen das Schwitzen

- | | |
|--|--|
| ☐ Antitranspirante (Aluminiumchlorid) | ☐ Salbei-Präparate / pflanzliche Mittel |
| ☐ Iontophorese | ☐ Tabletten (z. B. Anticholinergika) |
| ☐ Botulinumtoxin (frühere Behandlung) | ☐ Operation / Sympathektomie |
| ☐ Microwave / miraDry | ☐ Keine Vorbehandlung |

Wirkung und Verträglichkeit der bisherigen Behandlungen

05 Allgemeine Krankengeschichte

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Diabetes mellitus |
| ☐ Herz- / Kreislauferkrankung | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Neurologische Erkrankung | ☐ Muskelerkrankung (z. B. Myasthenia gravis) |
| ☐ Blutgerinnungsstörung | ☐ Infektionskrankheit |
| ☐ Hauterkrankung im Behandlungsbereich | ☐ Tumorerkrankung |
| ☐ Psychische Erkrankung | ☐ Sonstige Erkrankung |

Sonstige Erkrankungen / Ergänzungen

06 Aktuelle Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Name, Dosis)

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z. B. ASS, Marcumar, Eliquis)? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Antibiotika ein (insbesondere Aminoglykoside)? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Muskelrelaxantien ein? ☐ Ja ☐ Nein

07 Allergien und Unverträglichkeiten

Bestehen Allergien (Medikamente, Pflaster, Latex, Konservierungsstoffe)?

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, welche?

Ist eine Unverträglichkeit gegen Botulinumtoxin oder Albumin bekannt?

☐ Ja

☐ Nein

08 Lebensumstände

Sind Sie aktuell schwanger oder stillen Sie?

☐ Ja

☐ Nein

Besteht ein Kinderwunsch in den nächsten Monaten?

☐ Ja

☐ Nein

Rauchen (Zigaretten pro Tag)

Alkohol (Einheiten pro Woche)

09 Ihre Erwartungen an die Behandlung

Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen?

Gibt es offene Fragen, die wir im Gespräch besprechen sollen?

10 Hinweise

Die Behandlung mit Botulinumtoxin bei Hyperhidrose ist eine etablierte medizinische Methode. Über Wirkung, mögliche Nebenwirkungen, Kosten und alternative Verfahren werden Sie im persönlichen Gespräch ausführlich aufgeklärt. Eine Behandlung erfolgt erst nach Ihrer schriftlichen Einwilligung. Es werden keine Heilversprechen abgegeben; das individuelle Ergebnis kann variieren.

Ihre Angaben werden ausschließlich zum Zweck der ärztlichen Behandlung erhoben und gemäß DSGVO sowie der ärztlichen Schweigepflicht vertraulich verarbeitet.

11 Bestätigung

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient