

Grau hinterlegte Bereiche werden vom Arzt ausgefüllt:

Untersucher:		Studien-ID _____
Datum der Untersuchung:		

Anamnesebogen

Bitte machen Sie möglichst genaue Angaben!

Name, Geburtsdatum	
Gewicht (kg) und Größe (cm)	_____ kg _____ cm
Anzahl geborener Kinder	
Sind Sie derzeit schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen Allergien? Insbesondere Clobetasol (bzw. Corticosteroide) oder Sonnenlicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wenn ja, welche?
Bestehende andere Hauterkrankungen, wie Neurodermitis oder Bullous pemphigoid?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wenn ja, welche?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> aufgehört <input type="checkbox"/> ja (_____ Zigaretten/Tag)
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> regelmäßig – Wie oft/wie viel?
Konsumieren Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wenn ja, welche?
Müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen? Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wenn ja, welche?
Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? Anzahl: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wenn ja, welche?
Bestehen immunsupprimierende Erkrankungen oder Medikationen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Seit wann besteht der Lichen sclerosus? (Erstdiagnose)	Datum _____ bzw. seit _____ Jahren und _____ Monaten
Seit wann bestehen die Beschwerden?	Datum _____ bzw. seit _____ Jahren und _____ Monaten
Lokalisation	<input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Perineum <input type="checkbox"/> perianale Region <input type="checkbox"/> andere: _____
Gab es bereits eine Behandlung mit Clobetasol (oder anderen Corticosteroiden)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt Falls ja, wann und wie lange? _____ War die Behandlung erfolgreich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja