



**Hautarztpraxis**

**Dr. Johannes Hockmann,** Bahnhofsrasse 15, 59302 Oelde

www.hockmann.eu ☏ 02522/61022 fax 02522/61023

**Fragebogen für Begleiterkrankungen & bisherige Behandlungen**

Bitte Ankreuzen: Psoriasis (Schuppenflechte):   
oder : schwere Form der Neurodermitis:



Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ihr Hausarzt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ihr Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.-Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email Adresse (bitte deutlich schreiben)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
Handy-Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Größe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gewicht\_\_\_\_\_\_\_\_

In welchem Jahr trat obige Erkrankung erstmals auf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

Wann hat Sie das letzte Mal ein Hautarzt (Dermatologe) behandelt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

Wer war das (Name, Adresse)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

Welche Behandlung wird bei Ihnen derzeit durchgeführt? Bei Verwendung von

Salben etc. bitte Namen angeben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen bereits einmal eine Behandlung der obigen Erkrankung mit Tabletten oder Spritzen durchgeführt? Falls ja, mit welchen Präparaten und von wann bis wann genau und weshalb wurde diese Behandlung jeweils nicht weiter fortgeführt?   
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
  
  
  
Fragebogen Dr. Hockmann - Seite 2 -

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Begleiterkrankungen/Risikofaktoren?

Zuckerkrankheit: Bluthochdruck:  
Erhöhte Blutfette: Depression:  
Übergewicht: Raucher:  
Herzkranzgefäßerkrankung: Gelenkschmerzen:  
Chronisch-entzündliche Darmerkrankung:  
Sonstige (Thrombose, Hepatitis, Tuberkulose):  
  
Besteht Kinderwunsch:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche genau:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liegen Voruntersuchungen der folgenden Art vor, diese bitte organisieren und mitbringen:   
1. Arztbrief eines Rheumatologen?   
2. Röntgenbild der Lunge (Rö-Thorax): Befundbericht? Bitte keine Bilder oder CD!  
3. Hepatitisprofil?  
  
  
Was ist der Grund für Ihren Terminwunsch?

Ich möchte, dass Dr. Hockmann die Behandlung übernimmt:  
  
Ich möchte lediglich eine Zweitmeinung einholen:  
  
Bitte schicken Sie alle drei Formulare in unsere Praxis, postalisch oder per fax: 02522/61023. Falls wir uns nicht innerhalb von 10 Tagen bei Ihnen melden, rufen Sie uns bitte an!  
Es wäre hilfreich, wenn Sie auf meine homepage [www.hockmann.eu](http://www.hockmann.eu) unter den Reiter: links gehen und dann bei Neurodermitis oder Schuppenflechte sich möglichst viele Seiten durchlesen: Patienten sollten zum Experten ihrer eigenen Erkrankung werden!

Ein Bild, das Text enthält.

Automatisch generierte BeschreibungMit freundlichem Gruß