

## Checkliste für das Arztgespräch

Drucke dir diesen Zettel einfach aus, fülle ihn aus und nimm ihn zu deinem nächsten Arzttermin mit.

### Mein Ziel

**Folgende Beschwerden möchte ich in den Griff bekommen:**

- |                                   |   |                                   |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Hautschmerz          | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Hautbild | <input type="checkbox"/> Psychische Belastung | _____                             |

**Welche Maßnahmen zur Linderung hast du bereits getroffen?**

\_\_\_\_\_

**Wie verträgst du deine bisherige Therapie?**

\_\_\_\_\_

**Hast du das Gefühl, dass deine aktuelle Therapie hilft?**

\_\_\_\_\_

### Meine Beschwerden

**Die folgenden Symptome habe ich im letzten Monat bei mir beobachtet:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anhaltender Juckreiz  | <input type="checkbox"/> Schwellungen   | <input type="checkbox"/> Raue Haut        |
| <input type="checkbox"/> Regelmäßiger Juckreiz | <input type="checkbox"/> Nässen         | <input type="checkbox"/> Hautverdickungen |
| <input type="checkbox"/> Ausschlag             | <input type="checkbox"/> Blutungen      | <input type="checkbox"/> Sonstige:        |
| <input type="checkbox"/> Rötung                | <input type="checkbox"/> Schuppige Haut | _____                                     |
| <input type="checkbox"/> Hautschmerz           | <input type="checkbox"/> Trockene Haut  | _____                                     |

## Meine Beschwerden haben Auswirkungen auf die folgenden Lebensbereiche:

- Alltag
- Schlaf
- Arbeit

- Psyche
- Partnerschaft

Sonstige:

---

---

## Meine Auslöser

### Die folgenden Allergien sind bei mir bekannt:

- Pollen
- Hausstaubmilben

Nahrungsmittel:

Sonstige:

---

---

### Die folgenden Faktoren verstärken oder verursachen bei mir die Beschwerden:

- Stress
- Andere psychische Belastungen
- Sport

Andere körperliche Belastungen

Jahreszeiten

Kosmetika

Sonstige:

---

---

## Fragen

Folgende Fragen möchte ich meinem Arzt/meiner Ärztin im Gespräch noch stellen: