



Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Patienten-Anmeldeformular Acne Inversa Sprechstunde

Telefax: 0221-478 98334

Patientin/Patient	Telefonnummer Praxis und Stempel
Name, Vorname	
Straße Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geb. Datum:	
Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:	

In welchem Hurley Stadium befindet sich die Patientin, der Patient?

Hurley I ☐

Einzelne Abszesse,
keine Fisteln, keine Narbe

Hurley II ☐

Ein /mehrere,
auseinanderstehende Abszesse
mit Fisteln und Narben

Hurley III ☐

Flächiger Befall
mit Abszessen,
Fisteln, Narben

Welche bisherigen Therapien wurden durchgeführt?

Leitlinienkonform Clindamycin und Rifampicin:

Ja ☐, Dauer: _____ Nein ☐

Abszessspaltung, -inzision:

Ja ☐ Nein ☐

Exzision/ Operation:

Ja ☐, wann: _____ Nein ☐

sonstige Therapien:

Ja ☐, welche _____ Nein ☐

Welche Lokalisationen sind betroffen? (bitte einkreisen)

