Adatlap teledermatológiai ellátáshoz

Név: …………………………………………..

TAJ szám: …………………………… Születés dátuma: …………………………………

A probléma rövid leírása: ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………..

Mikor kezdődött a betegség? Terjed-e?........................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

Jellemzően melyik testtájon fordul elő a tünet? Szimmetrikus-e?................................................

…………………………………………………………………………………………………...

Viszketés vagy fájdalom jelentkezik-e, ha igen melyik napszakban? …………………………..

Jár-e a bőrbetegség egyéb panaszokkal (pl láz, ízületi fájdalom)……………………………….

…………………………………………………………………………………………………...

Korábbi kezelések történtek-e? Korábbi kezelés hatásos volt-e?.................................................

…………………………………………………………………………………………………...

Tudja-e kiváltó okhoz kötni a tünetek kialakulását?.....................................................................

Rendszeresen szedett gyógyszerek pontos leírása……………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Kórelőzmény (előző betegségek, műtétek) felsorolása………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Gyógyszerallergia, egyéb allergiák……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………...

Terhesség, szoptatás?....................................

Családban előfordult-e hasonló bőrbetegség? …………………………………………………..