

Bewertungsbogen: DurrDerma Skin Care Cream Rezeptur P

Liebe(r) Kunde (in),
mit dem folgenden Fragenbogen möchten wir die Anwendung der DurrDerma Rezeptur P und dessen Wirkungserfolg evaluieren bzw. durch Ihre Meinung verbessern. Daher würden wir uns freuen, wenn Sie die folgenden Fragen entsprechend ihres Behandlungserfolges ausfüllen würden. Die Angaben sollen vor und nach der Anwendung mit der DurrDerma Rezeptur P erfolgen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!

Name*: _____

PLZ/Ort*: _____

Geburtsdatum/Geschlecht: _____

Körpergröße/gewicht (cm/kg): _____

*Angaben freiwillig

I. Krankengeschichte (Anamnese) der Hauterkrankung:

1. Seit wann liegen erste Anzeichen der Hauterkrankung vor (Erstdiagnose)? Wie äußert sie sich in ihrer Symptomatik? Wie häufig erfolgen Schübe?

2. Sind Sie derzeit in Behandlung? Ist die aktuelle Behandlung erfolgreich? Welchen Schweregrad der Erkrankung weisen Sie auf?

3. Besitzen Sie weitere (chronische) Erkrankungen? Allergien, etc?

4. Einschränkungen durch das Krankheitsbild? Offene Fragen zum Krankheitsbild?

II. Vor der Behandlung - Einstufung des derzeitigen Krankheitsbildes:

1. Wie würde Sie momentan die Stärke/Intensität der Psoriasis d.h Ihres Hautbildes einschätzen? (0 = nicht aktiv/ Symptomfrei, 10 = Maximum, sehr schmerzhaft)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Wie beeinflussen das Krankheitsbild bzw. die Symptome ihre derzeitige Stimmung? Ist Ihre Lebensquaalität eingeschränkt? (0 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Welche Körperstellen sind betroffen?

III. Bewertung nach einer ____-wöchigen Anwendung:

1. Wie würde Sie momentan die Stärke/Intensität der Psoriasis d.h Ihres Hautbildes einschätzen? (0 = nicht aktiv/ Symptomfrei, 10 = Maximum, sehr schmerzhaft)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Wie würde Sie momentan die Stärke/Intensität der betroffenen Stelle(n) bewerten (Rötung, Schuppung)? (0 = nicht aktiv/ Symptomfrei, 10 = Maximum, sehr schmerzhaft)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Wie viele Körperstellen sind momentan betroffen?
(0 = keine Stelle(n)/ Symptomfrei, 10 = Maximum, sehr schmerzhaft)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Wie beeinflussen das Krankheitsbild bzw. die Symptome ihre derzeitige Stimmung? Ist Ihre Lebensquaalität eingeschränkt? (0 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Durch die Behandlung mit der Salbe hat sich die Symptomatik/mein Hautbild verbessert

Ja Nein Wenn ja - zu wieviel Prozent?: ____ %

6. Wie oft haben Sie die Salbe täglich aufgetragen? ____ x /täglich

7. Haben sich irgendwelche Nebenwirkungen gezeigt?

Ja Nein Wenn ja - welche?: _____

8. Sonstige Anmerkungen/Feedback zum Produkt? Zur Handhabung?
