

## Notfallkontakt (Behandelnde\*r Ärzt\*in):

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## Notfallkontakt (Privat):

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

## WICHTIG, BITTE BEACHTEN!

### Gefahr:

Bei diesem\*r Patient\*in können vermehrt **lebensbedrohliche Blutvergiftungen** auftreten – bitte entsprechende Maßnahmen ergreifen!

### Starke Schmerzen:

Ausmaß der **Schmerzen in Zusammenhang mit Abszessen** auf einer Skala von 0-10 (NRS-Schmerzskala\*) kann zwischen

\_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ liegen!

\*NRS = Numerische Rating Skala

### Schweregrad der Akne inversa:

- Hurley-Stadium 1 (einzelne Abszesse)
- Hurley-Stadium 2 (vermehrt Abszesse, Fistelgänge, Narben)
- Hurley-Stadium 3 (flächige Abszesse, Fistelgänge, Narbenzüge)

Novartis Pharma GmbH  
Roonstraße 25  
90429 Nürnberg  
1083670 01/2024



## Patientenausweis

### Akne inversa

(Hidradenitis suppurativa)

\_\_\_\_\_  
Zeitpunkt der Diagnose Akne inversa  
(Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

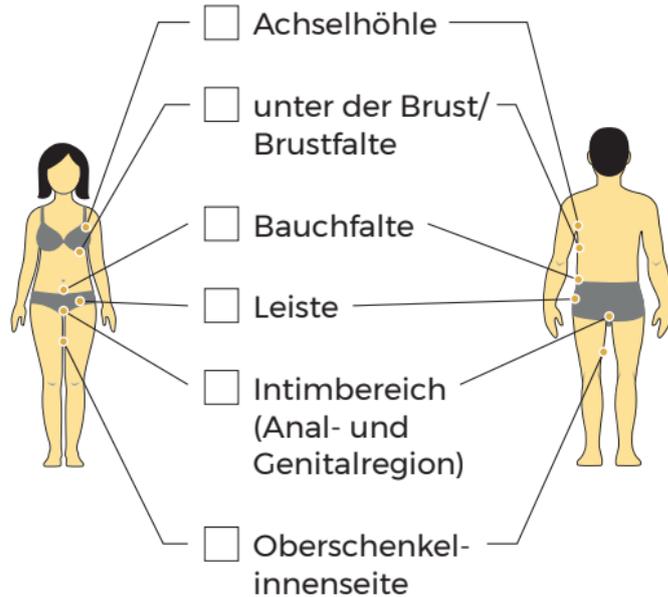
\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Größe

Raucher\*in:  Ja  Nein

## An welchen Körperstellen treten die Hautsymptome auf?

(Bitte ankreuzen)



## Aktuelle Akne inversa-Behandlung:

(z. B. Cremes, OP...)

---



---



---



---

## Vergangene Akne inversa-Behandlung:

(letzte zwei Präparate/Maßnahmen)

---



---



---



---

Weitere Erkrankungen/ Begleit- erkrankungen	Medikamente