

**Befunderhebungsbogen  
zur Anwendungsbobachtung Herpicure 1**

**Bogennummer:**

**Arzt:** .....  
(Stempel / Unterschrift)

**Patienteninitialen**   **Geschlecht**  **Alter**

**1. Erste Manifestation des Herpes labialis** **Alter :**   **Sonstige Angaben:** Kind / Jugendlicher / Erwachsener  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

**2. Anzahl der Schübe in den letzten 12 Monaten:**

**3. Auslösende Faktoren bekannt?** **Ja** / **nein** **Wenn „Ja“ welche?** .....  
(zutreffendes bitte unterstreichen) (z. B. Sonne / Ekel / Krankheit etc.)

- 4. Beschwerdegrad** (zutreffendes bitte unterstreichen)
- leicht**  
nur geringe Symptome (Bläschenbildung, keine Schmerzen)
  - mittel**  
teilweise Schmerzen, jedoch keine Schmerzbehandlung oder Einschränkung in der Lebensführung
  - schwer**  
Einschränkung der Lebensführung (Essen, trinken, Sport, gesellschaftliche Unternehmungen)
  - sehr schwer**  
ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit deutlichen Einschränkungen in der Lebensqualität z.B. Bettruhe, starke Schmerzen..

**5. Symptomdauer** **minimale Dauer** ..... **durchschnittliche Dauer** ..... **maximale Dauer** .....  
vom ersten Auftreten der Symptome bis Abheilung der Krusten in Tagen

## Befunderhebungsbogen zur Anwendungsbobachtung Herpicure 1

Bogennummer: 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**6. Symptomcharakteristik:**

• **Spüren Sie etwas vor Ausbruch des Herpes**      **Ja immer** / **manchmal** / **nie**  
(zutreffendes bitte unterstreichen)      **Wenn „Ja“ was?**      Spannung / Brennen / Jucken / Sonstige: .....

• **Anzahl der Stellen**      unilokulär Lippe      multilokulär Lippe      zusätzlich noch an anderen Stellen  
(zutreffendes bitte unterstreichen)      eine Stelle      mehrere Stellen

• **Schweregrad**      Bläschen      Bläschen mit Krustenbildung      tiefe Geschwüre  
(zutreffendes bitte unterstreichen)      großflächiger Ausbruch      starke Schmerzen auch noch nach Abheilun

• **Haben Sie mehrere Schübe hintereinander**      immer      manchmal      selten      nie  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

**7. Bisherige Behandlung**      Ja      /      nein      **Wenn „Ja“ erfolgreich?**      100% / 75% / 50% / 25% / kein Erfolg  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

Welche Behandlungen wurden durchgeführt? .....

.....

.....

**8. Lebensqualität**

Inwieweit belastet Sie Ihre Erkrankung?  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

überhaupt nicht

leicht

mittelmäßig

stark

sehr stark

## Behandlungsprotokoll zur Anwendungsbobachtung Herpifix 1

Bogennummer:

**9. Wann wurde das Herpifix® angewendet?**  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

Stadium 1  
Kribbeln / Spannungsgefühl / Haut unauffällig

Stadium 2  
leichte Rötung der Haut zu erkennen

**10. Anwendung bei Erstsymptomen nach**

Stunden

Tagen

**11. Wurde das Bläschenstadium**  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

unterdrückt      teilweise unterdrückt      unbeeinflußt      ausgeprägter als sonst

**12. Dauer bis zum Beginn des Symptomrückganges (z.B. Schmerz; Kribbeln; Spannungsgefühl) nach der ersten Anwendung**

direkt  Stunden   Tage

**13. Dauer bis zur Symptombefreiheit**

direkt  Stunden   Tage

**14. Dauer bis zur Abheilung des subjektiv bzw. sichtbaren Befunds der Lippe**

direkt  Stunden   Tage

**15. Begleitmedikation**

Ja / nein Wenn ja welche (z:B. Herpesmittel, Schmerzmittel) .....

**16. Ist je ein Herpesausbruch kürzer oder beschwerdefreier verlaufen als bei der Behandlung mit Herpifix®?**

(zutreffendes bitte unterstreichen)      Nie      selten      häufiger      Herpifix hat nicht gewirkt

# Behandlungsprotokoll zur Anwendungsbobachtung Herpisure 1

Bogennummer:

**17. Um wieviel waren Ihre Beschwerden insgesamt im Vergleich zu den letzten drei Ausbrüchen verringert**  
(zutreffendes bitte unterstreichen)      sehr viel geringer      deutlich geringer      etwas weniger Beschwerden,      so wie immer      stärker als sonst

**18. Auf welcher Stufe haben Sie das Herpifix® angewandt?**      schwach      mittel      stark  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

**19. Haben Sie bei der Anwendung ein leichtes Kribbeln auf der Lippe bemerkt?**      Immer      manchmal      nie  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

**20. Wie bewerten Sie das Verhältnis von Verträglichkeit und Wirksamkeit von Herpifix®?**

Sehr gut,      gut      durchschnittlich,      schlecht      sehr schlecht

**21. Haben Sie andere Beschwerden oder Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Anwendung des Herpifix® beobachtet**

**Wenn ja welche?** ..... **Wie stark?** leicht      stark      sehr stark  
.....  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

**22. Beginn der Beschwerden / Nebenwirkungen nach der Herpifixanwendung in Stunden:**

**23. Dauer der Beschwerden in Stunden**  **Tagen:**

**24. Sind die Beschwerden wieder vollständig abgeklungen?** Ja / nein  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

**25. Werden Sie das Herpifix® beim nächsten Ausbruch erneut benutzen** Ja / vielleicht / nein