

Patientenfragebogen - Neurodermitis

Name: _____
Geb.-Dat.: _____

Datum: _____

Liebe Eltern,
aufgrund von wiederkehrenden Hautproblemen soll eine weitere Abklärung erfolgen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung! Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen in Ruhe aus. Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussagen an (manchmal können auch mehrere Aussagen zutreffen) bzw. machen Sie Ihre Bemerkungen.

Seit wann klagt Ihr Kind Hautbeschwerden (Beschwerdebeginn)?

_____/_____(Monat / Jahr) - Alter bei Beschwerdebeginn _____

Welche Hautpartien waren in den letzten Monaten besonders betroffen?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfhaut | <input type="checkbox"/> Unterarme | <input type="checkbox"/> Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Handgelenke/Hände | <input type="checkbox"/> Fußgelenke / Füße |
| <input type="checkbox"/> Hals/Nacken | <input type="checkbox"/> vorderer Körper | <input type="checkbox"/> andere Körperstellen |
| <input type="checkbox"/> Achseln | <input type="checkbox"/> Rücken | |
| <input type="checkbox"/> Oberarme | <input type="checkbox"/> Oberschenkel | |
| <input type="checkbox"/> Ellenbeugen | <input type="checkbox"/> Kniekehlen | |

Wie sahen die Hautbeschwerden und Veränderungen aus?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Nässen |
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Krusten |
| <input type="checkbox"/> kleine „Pickel“ | <input type="checkbox"/> Hautverdickung |
| <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: _____ |

War der Verlauf der Hautbeschwerden überwiegend schubweise?

- Ja Nein

Als wie stark ausgeprägt würden Sie im Vergleich zu früher die jetzigen Hautbeschwerden beschreiben?

- Mein Kind ist zurzeit beschwerdefrei
 gering mittel stark sehr stark unerträglich

Wie beurteilen Sie die Stärke des Juckreizes zum jetzigen Zeitpunkt?

- Mein Kind leidet z.Z. nicht / litt niemals an Juckreiz.
 gering mittel stark sehr stark unerträglich

Kam es in letzter Zeit durch die Hautbeschwerden zu Schlafstörungen?

- Ja Nein

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Nein Ja, Wie lange wurde es gestillt? _____ Monate

Seit wann hat Ihr Kind Beikost (Brei) erhalten?

- seit dem _____ Lebensmonat

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihrer Ansicht nach zu einer Zunahme der Beschwerden führen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein, das ist mir nicht aufgefallen | <input type="checkbox"/> Meerestiere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hühnerlei (-haltige Produkte) | <input type="checkbox"/> Gewürze: _____ |
| <input type="checkbox"/> Milch (-Produkte), Käse | <input type="checkbox"/> Süßwaren: _____ |
| <input type="checkbox"/> Getreide/Mehl (-Produkte) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nüsse, Erdnüsse | |
| <input type="checkbox"/> Farbstoffe, Konservierungsstoffe | |
| <input type="checkbox"/> Gemüse: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Obst: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fleisch/Wurst: _____ | |

Gibt es Nahrungsmittel, die bewusst gemieden werden?

- Nein Ja, folgende: _____,
Mit welchem Ergebnis/Erfolg? _____

Gibt es bestimmte Umstände, die zu einer Zunahme der Hautbeschwerden Ihres Kindes führen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nein, das ist mir nicht aufgefallen? | <input type="checkbox"/> Infekte, Impfungen |
| <input type="checkbox"/> Kontakt zu Hausstaub | <input type="checkbox"/> Stress, Aufregung |
| <input type="checkbox"/> Pollen | <input type="checkbox"/> bestimmte Tageszeiten: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tabakrauch | <input type="checkbox"/> bestimmte Monate: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tragen von Wolle auf der Haut | <input type="checkbox"/> Aufenthalt an bestimmten Orten: _____ |
| <input type="checkbox"/> mechanische Reizung der Haut | |
| <input type="checkbox"/> Tragen von synthetischer Kleidung | <input type="checkbox"/> Duschen, Baden |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Schwimmbadbesuch |
| <input type="checkbox"/> Sonnenlicht | <input type="checkbox"/> Gebrauch von Seifen/Waschmitteln |
| <input type="checkbox"/> heißes Klima | <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ |
| <input type="checkbox"/> kaltes Klima | <input type="checkbox"/> Kontakt zu Tieren, und zwar: _____ |

Ist bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest erfolgt?

- Nein Ja – Wann zuletzt?: _____
Mit welchem Ergebnis?: _____

Hatte oder hat Ihr Kind weitere wichtige Erkrankungen/Operationen?

- Nein
 Ja, und zwar gehäuft obstruktive Bronchitis / Asthma bronchiale
 Ja, und zwar Heuschnupfen
 Ja, und zwar: _____

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit allergischen Beschwerden?

- | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja, und zwar | Neurodermitis | Asthma | Heuschnupfen | andere Allergien |
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Geschwister | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie Haustiere?

- Nein Ja – Welche?: _____

Wird in Ihrer Familie geraucht?

- Nein Ja

Welche Ärzte/Therapeuten wurden bereits wegen der Hautbeschwerden aufgesucht?

- Kinderarzt Wer: _____
 Hautarzt Wer: _____
 andere: Wer: _____

Welche Medikamente haben Sie wegen der Hautbeschwerden angewendet?

- | | | |
|---|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> Pflegecremes | Welche?: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ölbäder | Welche?: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Kortisoncremes | Welche?: | _____ |
| <input type="checkbox"/> antibiotische Cremes | Welche?: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminika | Welche?: | _____ |
| <input type="checkbox"/> andere | Welche?: | _____ |

Wurden bereits andere Maßnahmen wegen der Hautbeschwerden durchgeführt (z.B. Kuraufenthalte, Hyposensibilisierungen, Psychotherapie, Diäten, „alternative“ Medizin)

- Nein Ja, folgende: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!