

## 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!