

# Patientenfragebogen – Haut

Liebe Eltern,

aufgrund von wiederkehrenden Hautproblemen ist eine Vorstellung in unserer Sprechstunde geplant. Mit Ihrer Unterstützung kann dieser Termin und die weiteren Schritte, wie etwa Diagnostik und Therapie, mit Ihnen zielgerichtet geplant und besprochen werden!

Wir bitten Sie daher den vorliegenden Fragebogen auszufüllen und zu Ihrem Termin mitzubringen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Beginn der Hautbeschwerden Ihres Kindes:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(Monat / Jahr) - Alter (ca.) bei Beschwerdebeginn \_\_\_\_\_

Welche Hautpartien waren in den letzten Monaten besonders betroffen?

- Kopfhaut  Unterarme  Unterschenkel
- Gesicht  Handgelenke/Hände  Fußgelenke / Füße
- Hals/Nacken  vorderer Körper  andere Körperstellen
- Achseln  Rücken  Oberarme  Oberschenkel  Ellenbeugen  Kniekehlen

Wie sahen die Hautbeschwerden und Veränderungen aus?

- Juckreiz  Nässen  Rötung  Krusten  kleine „Pickel“  Hautverdickung  Schuppen
- 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 bzw. den Juckreiz zu Schlafstörungen?

- Nein  Ja, Aufwachen/Wachphasen wie oft in den letzten drei Nächten: \_\_\_\_\_

Frühe Ernährung Ihres Kindes

Mein Kind wurde gestillt:  Nein  Ja, Wie lange wurde es gestillt? \_\_\_\_ Monate

Mein Kind hat Säuglingsnahrung erhalten:  Nein  Ja, Welche? \_\_\_\_\_

Seit wann hat Ihr Kind Beikost (Brei) erhalten?  seit dem \_\_\_\_ . Lebensmonat

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

- nein, das ist mir nicht aufgefallen  
 Hühnerei (-haltige Produkte)  Milch (-Produkte), Käse  Süßwaren: \_\_\_\_\_  
 Getreide/Mehl (-Produkte)  Gewürze: \_\_\_\_\_  
 Nüsse: \_\_\_\_\_  Erdnüsse  
 Farbstoffe, Konservierungsstoffe: \_\_\_\_\_  
 Gemüse: \_\_\_\_\_  Obst: \_\_\_\_\_  
 Fleisch/Wurst: \_\_\_\_\_  Meerestiere: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Gibt es Nahrungsmittel, die bewusst gemieden werden bzw. wurden?

- Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Wann (von bis) und mit welchem Ergebnis/Erfolg? \_\_\_\_\_

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

- Nein, das ist mir nicht aufgefallen
- Infekte  Stress, Aufregung
- Kontakt zu Tieren, und zwar: \_\_\_\_\_  Pollen  Tabakrauch  Kontakt zu Hausstaub
- bestimmte Tageszeiten: \_\_\_\_\_  bestimmte Monate: \_\_\_\_\_
- Tragen von Wolle auf der Haut  Tragen von synthetischer Kleidung
- mechanische Reizung der Haut: \_\_\_\_\_
- Aufenthalt an bestimmten Orten: \_\_\_\_\_  Schwimmbadbesuch
- Schwitzen  Gebrauch von Seifen/Waschmitteln  Duschen, Baden
- Sonnenlicht  heißes Klima  kaltes Klima
- Sonstiges, 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: \_\_\_\_\_
- folgende Medikamente nimmt mein Kind: \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit allergischen Beschwerden?

- Nein
- Ja, und zwar: Neurodermitis Asthma Heuschnupfen andere Allergien
- Mutter     \_\_\_\_\_
- Vater     \_\_\_\_\_
- Geschwister     \_\_\_\_\_
- Großeltern     \_\_\_\_\_

Haben Sie Haustiere?

Nein       Ja – Welche? \_\_\_\_\_

Wird in Ihrer Familie geraucht?

Nein       Ja

Wie, Womit und wie oft/Tag behandeln Sie die Haut Ihres Kindes aktuell?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente haben Sie wegen der Hautbeschwerden bereits ausprobiert?

Pflegecremes Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bäder Welche? \_\_\_\_\_

Kortisoncremes Welche? \_\_\_\_\_

antibiotische Cremes, Welche? \_\_\_\_\_

Antihistaminika, Welche? \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

Welche Ärzte/Therapeuten wurden bereits wegen der Hautbeschwerden aufgesucht?

Hautarzt, Wer? \_\_\_\_\_

andere, Wer? \_\_\_\_\_

Wurden bereits andere Maßnahmen wegen der Hautbeschwerden durchgeführt

(z.B. stationäre Behandlung, Kuraufenthalte, Hyposensibilisierungen, Psychotherapie, Diäten, alternative Medizin, ...)

Nein       Ja, folgende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Nora Bandur