

Fragebogen für Kinder mit Ekzem



Sehr geehrte Eltern!

Um das Gespräch mit dem Arzt zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

- **Name des Kindes:** _____ Geburtsdatum: _____
- Wer füllt den Fragebogen aus: Mutter Vater _____
- Ausfülldatum: _____

Seit wann hat ihr Kind diese Hautbeschwerden?

(bitte Nichtzutreffendes streichen)

- Seit ____ Monaten/Jahren, damals war mein Kind ____ Monate/Jahre alt

Welche Hautpartien waren in den letzten Monaten besonders betroffen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfhaut | <input type="checkbox"/> Handgelenke / Hände |
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Vorderer Körper |
| <input type="checkbox"/> Hals / Nacken | <input type="checkbox"/> Rücken |
| <input type="checkbox"/> Achseln | <input type="checkbox"/> Oberschenkel |
| <input type="checkbox"/> Oberarme | <input type="checkbox"/> Kniekehlen |
| <input type="checkbox"/> Ellenbeugen | <input type="checkbox"/> Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> Unterarme | <input type="checkbox"/> Fußgelenke / Füße |
| <input type="checkbox"/> Andere Körperstellen, und zwar: _____ | |

Raum für ärztliche Ergänzungen

Wie sahen oder sehen die Hautbeschwerden und Veränderungen aus?

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kratzspuren (Juckreiz) | <input type="checkbox"/> Nässen |
| <input type="checkbox"/> Rötungen | <input type="checkbox"/> Krusten |
| <input type="checkbox"/> Kleine „Knötchen“ (Papeln) | <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?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mein Kind ist z. Zt. beschwerdefrei | <input type="checkbox"/> Stark |
| <input type="checkbox"/> Gering | <input type="checkbox"/> Sehr Stark |
| <input type="checkbox"/> Mittel | <input type="checkbox"/> Unerträglich |

Wie beurteilen Sie die Stärke des Juckreizes zum jetzigen Zeitpunkt ?

(Durchschnitt für die letzten drei Tage oder Nächte)

kein Juckreiz unerträglicher Juckreiz

0 ||| 10

Kam es in letzter Zeit durch die Hautbeschwerden zu Schlafstörungen?

(Durchschnitt für die letzten drei Tage oder Nächte)

keine Schlafstörung starke Schlafstörung

0 ||| 10

Wurde Ihr Kind gestillt?

Nein

Ja Falls ja, wie lange wurde ausschließlich gestillt? _____ Monate

Seit wann hat Ihr Kind Beikost erhalten?

- Seit dem _____ Lebensmonat

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

Nein, das ist mir nicht aufgefallen

Ja, und zwar:

Hühnerei (-haltige Produkte)

Milch (-produkte), Käse

Getreide/Mehl (-produkte)

Nüsse, Erdnüsse

Gemüse, und zwar: _____

Obst, und zwar: _____

Fleisch-/Wurstwaren, und zwar: _____

Meerestiere, und zwar: _____

Gewürze, und zwar: _____

Süßwaren, und zwar: _____

Sonstiges, und zwar: _____

Gibt es Nahrungsmittel, die bewusst vermieden werden?

Nein

Ja Falls ja, welche? _____

Mit welchem Erfolg? _____

Ist bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest erfolgt?

Nein

Ja Falls ja, wann zuletzt? _____

Mit welchem Ergebnis? _____

Raum für ärztliche Ergänzungen

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

(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Nein, das ist mir nicht aufgefallen

Ja, und zwar:

Kontakt zu Tieren, und zwar zu: _____

Kontakt zu Hausstaub

Kontakt zu Pollen

Kontakt zu Tabakrauch

Tragen von Wolle auf der Haut

Andere mechanische Reizung der Haut

Tragen von synthetischer Kleidung

Schwitzen

Sonnenlicht

Heißes Klima

Kaltes Klima

Infekte

Stress, Aufregung

Impfungen

Bestimmte Tätigkeit, und zwar: _____

Bestimmte Monate, und zwar: _____

Bestimmte Tageszeit, und zwar: _____

Aufenthalt an bestimmten Orten: _____

Duschen, Baden

Schwimmbadbesuch

Gebrauch von Seifen/Waschmitteln

Sonstiges, und zwar: _____

Hatte Ihr Kind weitere wichtige Erkrankungen / Operationen?

Nein

Ja, und zwar obstruktive Bronchitiden / Asthma bronchiale

Ja, und zwar: _____

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit allergischen Erkrankungen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nein

<input type="checkbox"/> Ja, und zwar:	Neuro-dermitis	Asthma	Allergischer Schnupfen	Nahrungsmittelallergie	Sonstige Allergien
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Raum für ärztliche Ergänzungen

Haben Sie Haustiere?

- Nein
 Ja Falls ja, welche? _____

Hat Ihr Kind zu weiteren Tieren regelmäßig Kontakt?

- Nein
 Ja Falls ja, zu welchen? _____

Haben Sie bestimmte Haustiere abgeschafft?

- Nein
 Ja Falls ja, welche? _____

Haben Sie Maßnahmen zur Hausstaubmilbenanierung durchgeführt?

- Nein
 Ja Falls ja, welche? _____

Wird innerhalb Ihrer Wohnung geraucht?

- Nein
 Ja Falls ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Welche Therapeuten haben Sie wegen der Hautbeschwerden Ihres Kindes aufgesucht?

- Kinder- und Jugendarzt Naturheilarzt/Homöopath
 Hautarzt Ernährungsberater
 Allergologe Selbsthilfegruppen
 Hausarzt Heilpraktiker
 Sonstige, und zwar: _____

Welche Medikamente haben Sie wegen der Hautbeschwerden angewendet?

Bitte geben Sie auch an, ob die Medikamente erfolgreich waren.

Ergebnis:	sehr gut	gut	unverändert	verschlechtert
<input type="checkbox"/> Rückfettende Cremes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ölbäder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Glycerin-Präparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Harnstoff-Präparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zink-Präparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Farbstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antibiotische Cremes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kortison Cremes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Immunmodulatoren (Elidel, Protopic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergebnis:	sehr gut	gut	unverändert	verschlechtert
<input type="checkbox"/> Antihistaminika (Saft, Tropfen, Tabl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antibiotika (Saft, Tropfen, Tabl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflanzliche Wirkstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Homöopathische Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche weiteren Maßnahmen wurden wegen der Hautbeschwerden durchgeführt? Bitte geben Sie auch an, ob die Maßnahmen erfolgreich waren

Ergebnis:	sehr gut	gut	unverändert	verschlechtert
<input type="checkbox"/> Kuraufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Klimatherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lichttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hyposensibilisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungstechniken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> „alternative Medizin“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>