



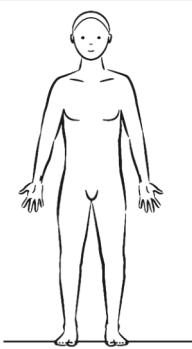
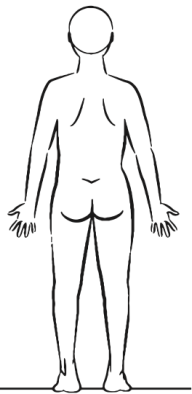
Fragebogen für Kinder

 Name des Kindes / Geburtsdatum

 Ausfülldatum

Welche/r Ärztin/Arzt hat Sie zu uns überwiesen?

 Name und Ort

<p>1. In welchem Alter sind bei Ihrem Kind erstmals Hautbeschwerden aufgetreten? ____ Jahre ____ Monate</p> <p>2. An welchen Körperstellen zeigten sich zu Beginn Hauterscheinungen? _____</p> <p>3. Welche Hautpartien waren in den letzten Wochen bis Monaten besonders betroffen? _____</p> <p>4. Wie sehen die Hautveränderungen aus?</p> <p> <input type="checkbox"/> Rötungen <input type="checkbox"/> Nässen/Krusten <input type="checkbox"/> Schuppen <input type="checkbox"/> Kleine „Pickel“ (Papeln) <input type="checkbox"/> Krusten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ </p> <p>5. Besteht oder bestand bei Ihrem Kind Juckreiz? <input type="checkbox"/> nein, nie <input type="checkbox"/> ja, früher <input type="checkbox"/> ja, auch aktuell _____</p> <p>6. War der Verlauf der Hautbeschwerden überwiegend schubweise? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>→ vom Arzt auszufüllen</p> 
<p>Fragen zum aktuellen Hautzustand:</p> <p>7. Wie ausgeprägt sind die jetzigen Hautbeschwerden? (letzte 3 Tage)</p> <p> <input type="checkbox"/> z. Zt. nicht vorhanden <input type="checkbox"/> Gering <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Unerträglich </p> <p>8. Wie beurteilen Sie die Stärke des Juckreizes zum jetzigen Zeitpunkt (letzte 3 Tage) auf einer Skala von 1 bis 10?</p> <p>nicht vorhanden 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 stark</p> <p>9. Wie beurteilen Sie die Beeinträchtigung des Schlafes zum jetzigen Zeitpunkt (letzte 3 Nächte) auf einer Skala von 1 bis 10?</p> <p>nicht vorhanden 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 stark</p> <p>10. Hatte oder hat Ihr Kind weitere wichtige Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein</p> <p> <input type="checkbox"/> ja, Heuschnupfen (in den Monaten: _____) <input type="checkbox"/> ja, obstruktive Bronchitis / Asthma bronchiale <input type="checkbox"/> ja, Hausstaubmilbenallergie <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ </p> <p>11. Kam Ihr Kind per Kaiserschnitt auf die Welt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	 <p>SCORAD:</p> <p>A: B: C:</p> <p>=> _____ Pkt.</p>

Fragen zur Ernährung:

12. Wurde Ihr Kind gestillt? nein ja -> wie lange _____ Monate

13. Wann wurde erstmals eine Flaschennahrung verabreicht?
 noch nie mit _____ Monaten -> Welche? _____

14. Wann hat Ihr Kind Beikost erhalten (erster Brei)? Was war der erste Brei?
 Seit dem ____ Lebensmonat _____

15. Gibt es Nahrungsmittel, die zu einer Zunahme der Beschwerden bei Ihrem Kind führen?
 nein

→ vom Arzt auszufüllen

<input type="checkbox"/> ja und zwar	Art der Reaktion	Wann? (Datum)	Reaktionszeit u. Reaktionsdauer

16. Gibt es Nahrungsmittel, die bewusst vermieden werden?
 nein
 ja Welche? _____
 Mit welchem Erfolg? _____

17. Haben Sie eine Ernährungsberatung erhalten?
 nein ja, und zwar bei _____

18. Ist bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest erfolgt?
 nein ja
 Bluttest Hauttest
 Veranlasst durch welchen Arzt? _____
 Wann zuletzt? _____
 Mit welchem Ergebnis? _____

Fragen zu Schub- und Umgebungsfaktoren:

19. Gibt es bestimmte Umstände, die zu einer Zunahme der Hautbeschwerden Ihres Kindes führen? (Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen; Mehrfachnennungen möglich)

nein

Kontakt zu Tieren, und zwar: _____ Aufenthalt an bestimmten Orten: _____

Tragen von Wolle oder bestimmten Textilien, und zwar: _____

Zahnen Ruhephasen Müdigkeit Langeweile

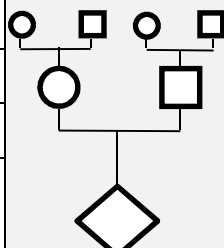
Kontakt zu Hausstaub Pollenflug Tabakrauch Stress

Schwitzen Sonnenlicht Heißes Klima Kaltes Klima

Infekte Impfungen Wetterwechsel

Duschen, Baden Schwimmbad Seife/Waschmittel

Sonstiges und zwar: _____

20. Gibt es in Ihrer Familie Personen mit allergischen Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein						→ vom Arzt auszufüllen 															
	Neuro- dermitis	Asthma bronchiale	Heu- schnupfen	Hausstaub- milbenallergie	Nahrungsmittel- allergien																
<input type="checkbox"/> Mutter des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/> Vater des Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester (Alter: ___ Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester (Alter: ___ Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
21. Haben Sie Haustiere? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____																					
22. Haben Sie bestimmte Haustiere abgeschafft? <input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____																					
23. Hat Ihr Kind zu weiteren Tieren regelmäßig Kontakt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____																					
24. Haben Sie Maßnahmen zur Hausstaubmilbenanierung in der Wohnung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____																					
25. Wird in Ihrer Wohnung geraucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																					
26. Besucht Ihr Kind eine Kindereinrichtung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> seit wann? _____ <input type="checkbox"/> Krippe <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule/Hort																					
27. Erhält Ihr Kind spezielle Kost in der Kindereinrichtung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																					
Fragen zur Versorgung: 28. Bei wem wird oder wurde Ihr Kind wegen der Hautbeschwerden bisher behandelt? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> aktuell in Behandlung früher in Behandlung </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Kinderarzt _____</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hausarzt _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hautarzt _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heilpraktiker _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige und zwar _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Kinderarzt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hausarzt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hautarzt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Heilpraktiker _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige und zwar _____		
<input type="checkbox"/> Kinderarzt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/> Hausarzt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/> Hautarzt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/> Heilpraktiker _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/> Sonstige und zwar _____																					

→ vom Arzt auszufüllen

29. Welche Medikamente/Cremes, Salben oder Bäder haben Sie wegen der Beschwerden angewendet? Bitte geben Sie auch an, ob die Medikamente erfolgreich waren.

Name des Präparates	Ergebnis			
	sehr gut	gut	unverändert	schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Welche weiteren Maßnahmen oder Therapien wurden wegen der Hautbeschwerden durchgeführt? (z.B.: Reha-Aufenthalte, Hyposensibilisierungen, Neurodermitisschulung) Bitte geben Sie auch an, ob die Maßnahmen erfolgreich waren.

Maßnahme	Ergebnis			
	sehr gut	gut	unverändert	schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Ist Ihr Kind nach den aktuellen Impfempfehlungen (STIKO) geimpft?

nein ja

Wenn nein: Warum nicht? _____

32. Was ist Ihr Behandlungsziel für die Vorstellung in unserer Praxis?

33. Wurde bei Ihrem Kind die Diagnose Neurodermitis gestellt?

nein ja

Wenn ja: Fühlen Sie sich über das Krankheitsbild Neurodermitis ausreichend informiert?

nein ja

In welchen Themenbereichen besteht Beratungs-/ Informationsbedarf?
