Fragebogen für Kinder mit Ekzemen

nach Dr. C. Pfannenstiel und Dr. F. Friedrichs

Sehr geehrte Eltern!

Um das Gespräch mit dem Arzt zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Alle Angaben sind dabei natürlich freiwillig.

- Name des Kindes: ..... Geburtsdatum: .....
- Wer füllt den Fragebogen aus: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ .....
- Telefonnummer(n) für Rückfragen: ..... Ausfülldatum: .....

Welche/r Arzt/Ärztin hat Sie zu uns überwiesen? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

- Name: .....
- Ort: .....

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 sind möglich)

☐ Kopfhaut
☐ Gesicht
☐ Hals / Nacken
☐ Achseln
☐ Oberarme
☐ Ellenbeugen
☐ Unterarme
☐ Handgelenke / Hände
☐ Vorderer Körper
☐ Rücken
☐ Oberschenkel
☐ Kniekehlen
☐ Unterschenkel
☐ Fußgelenke / Füße

☐ andere Körperstellen, und zwar: .....

Wie sahen oder sehen die Hautbeschwerden und Veränderungen aus?
(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

☐ Kratzspuren (Juckreiz)
☐ Rötungen
☐ Kleine "Knötchen" (Papeln)
☐ Schuppen
☐ Nässen
☐ Krusten
☐ Hautverdickung

☐ Sonstiges, und zwar: .....

War der Verlauf der Hautbeschwerden überwiegend schubweise?

☐ Ja ☐ Nein

Raum für ärztliche Ergänzungen

20110207

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

- ☐ Mein Kind ist z. Zt. beschwerdefrei.
- ☐ Gering
- ☐ Mittel
- ☐ Stark
- ☐ Sehr stark
- ☐ Unerträglich

Wie beurteilen Sie die Stärke des Juckreizes zum jetzigen Zeitpunkt?
(Durchschnitt für die letzten drei Tage oder Nächte)

kein Juckreiz — unerträglicher Juckreiz

0 |||||||

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

☐ 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, Impfungen
☐ Stress, Aufregung
☐ 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 oder hat Ihr Kind weitere wichtige Erkrankungen / Operationen?

☐ Nein
☐ Ja, und zwar obstruktive Bronchitis / Asthma bronchiale
☐ Ja, und zwar:

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit allergischen Erkrankungen?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Nein

☐ Ja, und zwar:	Neuro-dermitis	Asthma	Allergischer Schnupfen	Nahrungs-mittelallergie	Sonstige Allergien
☐ Mutter des Kindes	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Vater des Kindes	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Geschwister	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Andere:	☐	☐	☐	☐	☐

Haben Sie Haustiere?

☐ Nein
☐ Ja Falls ja, welche? .....

Hat Ihr Kind zu weiteren Tieren regelmäßigen Kontakt?

☐ Nein
☐ Ja Falls ja, zu welchen? .....

Haben Sie bestimmte Haustiere abgeschafft?

☐ Nein
☐ Ja Falls ja, welche? .....

Raum für ärztliche Ergänzungen

Haben Sie Maßnahmen zur Hausstaubmilbensanierung durchgeführt?

☐ Nein
☐ Ja Falls ja, welche? .....

Wird innerhalb Ihrer Wohnung geraucht?

☐ Nein
☐ Ja Falls ja, wieviele Zigaretten täglich? .....

Welche Therapeuten haben Sie wegen der Hautbeschwerden Ihres Kindes aufgesucht?

☐ Kinder- und Jugendarzt
☐ Hautarzt
☐ Allergologe
☐ Hausarzt
☐ Naturheilarzt/Homöopath
☐ Ernährungsberater
☐ Selbsthilfegruppen
☐ 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
☐ Rückfettende Cremes / Salben	☐	☐	☐	☐
☐ Ölbäder	☐	☐	☐	☐
☐ Glycerin-Präparate	☐	☐	☐	☐
☐ Harnstoff-Präparate	☐	☐	☐	☐
☐ Zink-Präparate	☐	☐	☐	☐
☐ Farbstoffe	☐	☐	☐	☐
☐ Antibiotische Cremes / Salben	☐	☐	☐	☐
☐ Kortison-Cremes / -Salben	☐	☐	☐	☐
☐ Immunmodulatoren (Elidel®,Protopic®)	☐	☐	☐	☐
☐ Antihistaminika (Saft, Tropfen, Tabl.)	☐	☐	☐	☐
☐ Antibiotika (Saft, Tabletten)	☐	☐	☐	☐
☐ Pflanzliche Wirkstoffe	☐	☐	☐	☐
☐ Homöopathische Medikamente	☐	☐	☐	☐
☐ Sonstige, und zwar:	☐	☐	☐	☐

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

Ergebnis:	sehr gut	gut	unverändert	verschlechtert
☐ Kuraufenthalte	☐	☐	☐	☐
☐ Reha-Verfahren	☐	☐	☐	☐
☐ Klimatherapie	☐	☐	☐	☐
☐ Lichttherapie	☐	☐	☐	☐
☐ Hyposensibilisierung	☐	☐	☐	☐
☐ Akupunktur	☐	☐	☐	☐
☐ Psychotherapie	☐	☐	☐	☐
☐ Entspannungstechniken	☐	☐	☐	☐
☐ "Alternative Medizin"	☐	☐	☐	☐
☐ Sonstige, und zwar:	☐	☐	☐	☐

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Raum für ärztliche Ergänzungen

Urheber: Dr. Claus Pfannenstiel
Dr. Frank Friedrichs

Kinderarztpraxis Laurensberg
Rathausstr. 10 · 52072 Aachen

Telefon 02 41 - 17 10 96
www.kinderarztpraxis-laurensberg.de

Copyright 2011, Nachdruck nur nach ausdrücklicher Genehmigung