

Anlage I zum Hauptanamnesebogen Zusatzfragebogen Neurodermitis Kinder

Name: _____ geb. am: _____

A. Hautzustand

1. Wo liegt der Schwerpunkt der Hauterscheinungen? Welche Hautpartien sind besonders betroffen?

- Kopfhaut
- Gesicht
- Hals/Nacken
- Arme/Beugstellen der Arme
- Beine/Beugstellen der Knie
- Rücken
- Hände/Handgelenke
- Füße/Fußgelenke
- Achseln

2. Wie sehen die Hauterscheinungen aus?

- Kratzspuren
- Hautrötungen
- nässende Stellen
- entzündete Stellen
- Krusten
- vergrößertes Hautbild
- schuppige Stellen
- Reibeisenhaut

3. Ist der Hautzustand gleichbleibend, oder erfolgt eine Verschlimmerung in Schüben?

- gleichbleibend
- in Schüben

4. Haben sich die Hauterscheinungen im Vergleich zu früher verbessert oder verschlechtert?

- verbessert
- verschlechtert

B. Medikamente

1. Welche Medikamente sind bisher zum Einsatz gekommen?

- Cortison-Cremes
- Antibiotische Cremes
- Tacrolimus/Pimecrolimus-Salben (Elidel, Protopic etc.)
- Harnstoffsalben
- Glycerinsalben
- Zinksalben
- Schiefersalben
- Antihistaminika (Zyrtec, Fenistil etc.)
- Antibiotika (Tabletten, Saft)
- Phytotherapeutika (Tees, Umschläge)
- Homöopathika (wenn ja, welche?)
- aktuell: _____

C. Bisherige Therapien

1. Welche Therapien wurden bezüglich der Hauterscheinungen durchgeführt?

- PUVA-Therapie (Lichttherapie)
- Klimatherapie
- Kuraufenthalt
- Hyposensibilisierung
- Entspannungsverfahren
- alternative Therapien (wenn ja, welche)
- sonstige

D. Juckreizskala

Bitte markieren Sie auf der Skala die jeweilige Juckreizintensität Ihres Kindes.

1. Tageszeiten

a) morgens

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

b) mittags nach dem Essen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

c) abends

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d) nachts

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eigene Ergänzungen:

2. Jahreszeiten

a) Frühling

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

b) Sommer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

c) Herbst

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d) Winter

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eigene Ergänzungen:

3. Örtlichkeiten

a) Zuhause

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

b) bei Freunden

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

c) im Kindergarten/in der Schule

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d) bei Arztbesuchen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

e) im Urlaub

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

f) in der Freizeit

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eigene Ergänzungen:

4. Bitte beschreiben Sie im Folgenden, was den Juckreiz Ihres Kindes bessert, verschlechtert oder gar nicht beeinflusst. Nutzen Sie bitte auch die freien Passagen für eigene Ergänzungen:

	verbessert	verschlechtert	unverändert
Sonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme/Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Tieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streß in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streß mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streß in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arztbesuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eincremen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielen	<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"/>

5. Leidet Ihr Kind unter Schlafstörungen durch Juckreiz? Zu bestimmten Uhrzeiten?

- nein
- ja (Uhrzeiten?)

E. Nahrungsmittel

1. Gibt es Nahrungsmittel, die im Verdacht stehen, zu einer Zunahme des Juckreizes zu führen?

- nein
- ja, und zwar:

2. Gibt es Nahrungsmittel, die Sie Ihrem Kind bewusst nicht geben?

- nein
- ja, und zwar:

3. Wurde bei Ihrem Kind ein Allergietest durchgeführt?

- ja, auf der Haut (Pricktest)
- ja, durch Bluttest (RAST/CAP)
- ja, durch Haut- und Bluttest
- nein

F. Haustiere

1. Haben Sie Haustiere?

- nein
- ja, und zwar:

2. Hat Ihr Kind Kontakt zu Haustieren seiner Freunde?

- nein
- ja, und zwar:

3. Hatten Sie jemals ein Haustier und haben es abgeschafft?

- nein
- ja, wegen:

G. Familiäre Belastung

1. Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Neurodermitis oder mit Erkrankungen des allergischen Formenkreises (z. B. Asthma, Heuschnupfen, Urtikaria) – wenn ja, welche?

- nein
- Großeltern mütterlicherseits
- Großeltern väterlicherseits
- Geschwister des Kindes
- Mutter des Kindes
- Vater des Kindes

H. Sonstiges

1. Wird in Ihrer Wohnung geraucht? Wo?

- nein
- ja

2. Ist Ihre Wohnung mit Teppich oder Teppichläufern ausgestattet? Wo?

- nein
- ja

3. Setzen Sie Mittel gegen Hausstaubmilben ein? Wo?

- nein
- ja, und zwar:

4. Gibt es Schimmelpilzbefall in Ihrer Wohnung? Wo?

- nein
- nein, wurde saniert
- ja, wird umgehend saniert

5. Gibt es Pflanzen in Blumenerde oder Hydrokultur? Wo?

- nein
- ja, und zwar:

6. Gibt es Gardinen/Übergardinen in Ihrer Wohnung? Wo?

- nein
- ja, und zwar:

Raum für eigene Beobachtungen/Ergänzungen: