



Neurodermitis-Anamnesebogen

\$Vorname# \$Nachname#, geboren am \$Gebdatum#

Bogen ausgefüllt von: _____ am: _____

Kinderarzt: _____
(für Arztbrief)

Wann haben die Hautbeschwerden begonnen?

Im Alter von _____ (Monaten/Jahren) erstmals,
die aktuellen Beschwerden bestehen jetzt seit _____ (Tagen/Wochen/Monaten)

Welche Hautpartien waren in den letzten Monaten besonders betroffen?

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfhaut | <input type="checkbox"/> Unterarme | <input type="checkbox"/> Unterschenkel |
| <input type="checkbox"/> Gesicht | <input type="checkbox"/> Handgelenke/Hände | <input type="checkbox"/> Fußgelenke/Füße |
| <input type="checkbox"/> Hals/Nacken | <input type="checkbox"/> Rumpf vorne | <input type="checkbox"/> andere Körperstellen: |
| <input type="checkbox"/> Achseln | <input type="checkbox"/> Rücken | _____ |
| <input type="checkbox"/> Oberarme | <input type="checkbox"/> Oberschenkel | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ellenbeugen | <input type="checkbox"/> Kniekehlen | _____ |

Welche Hautbeschwerden lagen oder liegen vor?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Nässen |
| <input type="checkbox"/> Rötung | <input type="checkbox"/> Krusten |
| <input type="checkbox"/> Papeln (kleine Erhebungen) | <input type="checkbox"/> Hautverdickung |
| <input type="checkbox"/> Schuppen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Der Verlauf war eher kontinuierlich schubweise

Die Hautbeschwerden sind im Vergleich zu früher jetzt

- keine mehr
- gering mittel stark sehr stark unerträglich

Die Stärke des Juckreizes ist zurzeit

zurzeit kein Juckreiz

gering mittel stark sehr stark unerträglich

Wegen des Juckreizes und/oder Kratzen leidet mein Kind an Schlafstörungen

Ja nein

Diese liegen auf einer Skala von 0 – 10 zurzeit bei

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wurde Ihr Kind gestillt? nein

ja, _____ Monate

Gibt es Nahrungsmittel, die nach Ihrer Ansicht den Hautzustand verschlechtern?

Nein

Ja und zwar Hühnerei(-haltige Produkte) Milchprodukte, Käse

Getreide/Mehl(-produkte) Nüsse, Erdnüsse

Farbstoffe/Konservierungsmittel

Sonstige: _____

Gibt es Nahrungsmittel, die bewusst vermieden werden?

Nein

Ja und zwar _____

Nehmen die Beschwerden bei versehentlichem Genuss zu?

Ja nein

Wurde bereits ein Allergietest durchgeführt?

Nein

Ja > wann? _____

> wo? _____

> mit welchem Ergebnis? _____

Ist Ihnen eine Verschlechterung des Hautbefundes im Zusammenhang mit bestimmten Umständen aufgefallen?

Nein

Ja, z.B. bei

Kontakt zu Hausstaub Tabakrauch Pollen

Kleidung aus Wolle aus Synthetik

Schwitzen Sonne

heißem Klima kaltem Klima

Infekten, Impfungen Stress, Aufregung

Tierkontakten mit _____

bestimmten Tätigkeiten: _____

bestimmten Monaten: _____

bestimmten Tageszeiten: _____

bestimmten Orten: _____

Duschen, Baden Schwimmbadbesuch

Gebrauch von Seife/Waschmittel

Sonstiges: _____

Mein Kind hat weitere Erkrankungen

Nein

Ja

obstruktive Bronchitis/ Asthma bronchiale

In der Familie des Kindes gibt es andere Personen mit allergischen Erkrankungen

Nein

Ja z.B. Neurodermitis bei _____

allergisches Asthma bei _____

Heuschnupfen bei _____

Sonstige Allergien bei _____

Wir haben Haustiere

Nein

Ja, und zwar _____

Mein Kind hat regelmäßig Kontakt zu weiteren Haustieren
(z.B. bei Großeltern, Tagesmutter, Freunden)

Nein

Ja, und zwar _____

Wurden bereits Haustiere abgeschafft?

Nein

Ja, und zwar _____

Wurden bereits Maßnahmen zur Hausstaubmilbensenkung durchgeführt?

Nein

Ja, und zwar _____

Raucht ein Familienmitglied?

Nein

Ja, und zwar _____

Wird innerhalb Ihrer Wohnung oder im Umfeld des Kindes (z.B. Tagesmutter,
Großeltern, Freunden) geraucht?

Nein

Ja, und zwar _____

Welche Therapeuten haben Sie wegen der Hautbeschwerden Ihres Kindes
aufgesucht? Wie waren Sie mit der Behandlung zufrieden?

	sehr zufrieden	mittel zufrieden	wenig zufrieden
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hautarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Allergologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Naturheilarzt/Homöopath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ernährungsberaterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Heilpraktikerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente und Produkte haben Sie mit welchem Ergebnis an der Haut angewandt?

	sehr gut	gut	unverändert	schlechter
Pflegecremes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glycerin/Harnstoff-Prarate	<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"/>
Farbstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortisoncremes/-salben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortisonfreie Entzündungshemmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotische Cremes/Salben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika (Saft/Tabletten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistaminika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzenwirkstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homöopathika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

und zwar: _____

Welche weiteren Maßnahmen wurden wegen der Hautbeschwerden mit welchem Ergebnis durchgeführt?

	sehr gut	gut	unverändert	schlechter
Kuraufenthalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha-Verfahren	<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"/>
Lichttherapie	<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"/>
Akkupunktur	<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"/>
Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bioresonanztherapie	<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"/>
Sonstige,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

und zwar: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!