



Patientenfragebogen - Neurodermitis

Liebe Eltern,

im Folgenden haben wir einige Fragen zusammengestellt, die uns zum Kennenlernen Ihres Kindes und zu einer reibungslosen Organisation wichtig erscheinen. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollte Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens Schwierigkeiten bereiten, ist Ihnen ggf. Ihr betreuender Kinderarzt behilflich.

Bitte füllen Sie den Fragebogen soweit wie möglich aus und senden ihn per Post an:

SPZ Aschaffenburg, Klinikum Aschaffenburg- Alzenau, Am Hasenkopf 1, 63739 Aschaffenburg.

Die Terminvergabe erfolgt nur nach Eingang des Fragebogens. Wir schätzen die Dringlichkeit ein.

Ihnen wird anschließend ein Termin für die Erstvorstellung zugeschickt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

A. Personalien und wichtige Informationen

Name und Vorname Ihres Kindes:	☐ männlich ☐ weiblich	
Geburtsdatum:		
Name der Mutter:		Geburtsdatum:
Name des Vaters:		Geburtsdatum:
Adresse:		
Telefon:	Handy:	Email:

Wer hat das Sorgerecht?	☐ beide Elternteile ☐ Wer?:	
Besteht Kontakt zum Jugendamt?	☐ Nein	
Krankenkasse	☐ Ja, Ansprechpartner:	
	☐ Gesetzlich	☐ Privat
Name des Hauptversicherten:		Geburtsdatum:
Ihr Kinderarzt:		
- Adresse		
- Telefonnummer		
Familienstand der Eltern:	☐ verheiratet	☐ zusammen lebend
	☐ geschieden	☐ getrennt lebend
	☐ allein erziehend	☐ wieder verheiratet
	☐ verwitwet	
Herkunftsland der Eltern:		
Muttersprache:		
Das Kind lebt in Deutschland	seit:	
Das Kind lebt mit:	☐ beiden Eltern	
	☐ Mutter	☐ Vater
	☐ Stiefmutter/-vater	☐ neuem Partner/in
	☐ Pflegeeltern/-familie	☐ Großeltern
	☐ Heim; Welches?:	
	☐ Sonstige:	
Das Kind ist das:	☐ leibliche Kind	☐ Adoptivkind
	☐ Pflegekind	☐ Stiefkind

Ist ihr Kinderarzt/in einverstanden mit der Vorstellung in unserem SPZ?☐ Ja☐ Nein

Bitte fragen Sie vorab Ihren Kinderarzt/in, ob er/sie einen Überweisungsschein ausstellt, den Überweisungsschein (für das entsprechende Quartal) bringen Sie bitte erst zur Vorstellung mit.

Besteht eine Anbindung an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie?☐ Nein☐ Ja, Welche?**Stempel Ihres Kinderarztes/in:****B. Angaben bezüglich der Neurodermitis**

Seit wann hat Ihr Kind Neurodermitis? ____ / ____ (Monat / Jahr)

Welche Hautpartien waren in den letzten Monaten besonders betroffen?

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| ☐ Kopfhaut | ☐ Rücken | ☐ Unterarme | ☐ Unterschenkel | ☐ Füße/Gelenke |
| ☐ Gesicht | ☐ vorderer Körper | ☐ Oberarme | ☐ Oberschenkel | ☐ Achseln |
| ☐ Hals/Nacken | ☐ Handgelenke/Hände | ☐ Ellenbeugen | ☐ Kniekehlen | ☐ andere _____ |

Wie sahen die Hautbeschwerden aus?

- ☐
- Juckreiz
- ☐
- Nässen
- ☐
- „Pickel“
- ☐
- Schuppen
- ☐
- Rötung
- ☐
- Krusten
- ☐
- Hautverdickung
- ☐
- Sonstiges

War der Verlauf der Hautbeschwerden überwiegend schubweise? ☐ Ja ☐ Nein**Wie beurteilen Sie im Vergleich zu früher die jetzigen Hautbeschwerden?**

← gering mittel stark sehr stark unerträglich →

☐ keine Beschwerden

Wie beurteilen Sie die Stärke des Juckreizes zum jetzigen Zeitpunkt?

← gering mittel stark sehr stark unerträglich →

☐ Mein Kind leidet aktuell nicht / litt niemals an Juckreiz

Kam es in letzter Zeit durch die Neurodermitis zu Schlafstörungen? ☐ Ja ☐ Nein**Wurde Ihr Kind gestillt?**

- ☐ Nein. Diese Säuglingsmilchnahrung (Produktname) wurde gefüttert: _____
- ☐ Ja. Wie lange wurde es gestillt? ____ Monate

Seit wann hat Ihr Kind Beikost (Brei) erhalten? seit dem ____ Lebensmonat

Gibt es Nahrungsmittel, die zu einer Zunahme der Beschwerden führen?☐ Nein ☐ Ja, folgende:

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|
| ☐ Fleisch/Wurst | ☐ Gewürze | ☐ Süßwaren | ☐ Getreide/Mehl |
| ☐ Fisch/Meeresfrüchte | ☐ Konservierungsstoffe | ☐ Obst | ☐ Hülsenfrüchte |
| ☐ Milchprodukte, Käse | ☐ Farbstoffe | ☐ Gemüse | ☐ Nüsse |
| ☐ Hühnerei | ☐ Sonstiges _____ | | |

Gibt es Nahrungsmittel, die bereits gemieden werden? ☐ Nein ☐ Ja, folgende _____

Gibt es Situationen, die zu einer Verschlechterung der Neurodermitis Ihres Kindes führen?☐ Nein ☐ Ja, folgende:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Infekte, Impfungen | ☐ Kleidung | ☐ Sonnenlicht | ☐ Kontakt zu Tieren |
| ☐ Hausstaub | ☐ Duschen, Baden | ☐ bestimmte Tageszeiten | ☐ Medikamente |
| ☐ Stress, Aufregung | ☐ Schwitzen | ☐ Tabakrauch | ☐ Zahnen |
| ☐ Pollen | ☐ Schwimmbadbesuch | ☐ bestimmte Monate | ☐ Wachstumsschübe |
| ☐ Tragen von Wolle | ☐ bestimmte Orten | ☐ heißes Klima | ☐ Sonstiges _____ |
| ☐ mechanische Reizung | ☐ Seifen/Waschmitteln | ☐ kaltes Klima | |

Ist bei Ihrem Kind bereits ein Allergietest erfolgt? ☐ Nein ☐ Ja – Wann zuletzt?: _____=> Bitte bringen Sie die Unterlagen vollständig zu der Neurodermitis-Sprechstunde mit!**Hatte oder hat Ihr Kind weitere Erkrankungen/Operationen?**

- ☐
- Nein
- ☐
- obstruktive Bronchitis / Asthma bronchiale
- ☐
- Heuschnupfen
- ☐
- Verstopfung/Durchfall
-
- ☐
- Sonstiges: _____

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Allergien?☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

	Neurodermitis	Asthma	Heuschnupfen	Schuppenflechte	andere
Mutter	☐	☐	☐	☐	☐
Vater	☐	☐	☐	☐	☐
Geschwister	☐	☐	☐	☐	☐
Großeltern	☐	☐	☐	☐	☐

Haben Sie Haustiere? ☐ Nein ☐ Ja – Welche?: _____**Wird in Ihrer Familie geraucht?** ☐ Nein ☐ Ja**Welche Produkte haben Sie wegen der Hautbeschwerden bereits angewendet?**

- ☐
- Pflegecremes
- ☐
- Ölbäder
- ☐
- Kortison
- ☐
- antibiotische Cremes
- ☐
- Antihistaminika
- ☐
- andere

=> Bitte bringen Sie die bereits verwendeten Produkte zur Neurodermitis-Sprechstunde mit!

Wurden bereits andere Maßnahmen versucht?

(Kuraufenthalte, Hyposensibilisierungen, Psychotherapie, Diäten, „alternative“ Medizin)

☐ Nein ☐ Ja, folgende:**Was macht Ihnen außer der Haut bei Ihrem Kind Sorgen** (zum Beispiel Kindergarten, Schule, Freunde, Verhalten)?**Fragebogen ausgefüllt von:****Ort und Datum**
Unterschrift der Sorgeberechtigten
 (bei gemeinsamem Sorgerecht bitte beide Elternteile)
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Patient Name: Vorname: Geb.Datum:
--

Schweigepflichtsentbindung

Name & Adresse der Eltern: _____

Entbindung von der Schweigepflicht

Das Grundgesetz sieht den Schutz des privaten Persönlichkeitsbereichs vor ungewollten Eingriffen in die geschützte Intimsphäre vor (GG Art. 1, Art.2, STGB §203, STPO §53 und KJHG (SGBV III) §61ff.). Daraus ergibt sich für uns die Verpflichtung zur Verschwiegenheit, sowie zur Wahrung des Berufsgeheimnisses den Patienten gegenüber. Die übermittelten Daten dienen ausschließlich dem Zweck der Diagnostik, Beratung und Behandlung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich das Sozialpädiatrische Zentrum von dieser Schweigepflicht gegenüber:

☐ Kinderarzt/Facharzt: _____

☐ KJP: _____

☐ Kindergarten/SVE: _____

☐ (Klinik- und/oder Heimat-)Schule, Klassenlehrer, Vertrauenslehrer, Schulpsychologe, Jugendsozialarbeiter an Schulen: _____

☐ Jugendamt: _____

☐ Vorbehandler: _____

☐ Humangenetik: _____

☐ Frühförderstelle/Therapeuten: _____

☐ Nachbehandler: _____

☐ Krankenkasse/ Pflegekasse: _____

☐ Sonstige: _____

und umgekehrt.

 Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten oder volljährige/r Patient/in