

## Fragebogen für Patienten mit Hautbeschwerden

Sehr geehrte Eltern,  
um die Beschwerden Ihres Kindes umfassend schildern zu können und das Gespräch mit dem Arzt zu erleichtern,  
möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name des Kindes:.....  
Wer füllt den Fragebogen aus?.....

Tagesdatum:.....  
Telefon:.....  
Handy:.....

Welche Ärztin, welcher Arzt hat Sie überwiesen, bzw. wer ist Ihr Kinder- und  
Jugendarzt, bzw. Hausarzt? (wichtig für die Zusendung des Arztbriefes)

.....  
.....  
.....

Wegen welcher **Beschwerden** kommen Sie?

.....  
.....  
.....

**Seit wann** bestehen diese Beschwerden?

.....  
.....  
.....  
.....

Kennen Sie **Umstände**, die die **Symptomatik hervorrufen**?  nein

Frühjahr  Sommer  Herbst  Winter

Besonders in den Monaten:.....

Nach Genuss dieser Nahrungsmittel:.....

.....  
Andere Auslöser:.....

*Raum für ärztliche Ergänzungen*



Welche **Therapie** bekommt Ihr Kind aktuell? Hat diese die Beschwerden gebessert?.....

.....

.....

Welche weitere **Therapie** ist bisher schon versucht und wieder beendet worden?

.....

.....

Wurde eine **Hausstaubmilbensenkung** veranlasst?  nein

Ja, mit:  Matratzenbezug  Wohnraumsanierung (Teppichboden, etc)  
 andere Maßnahmen.....

Gab es **Reha**-Aufenthalte?  nein

Ja, wann und wo?.....

**Alternative Heilmethoden** (z.B. Homöopathie, Bioresonanz, etc.)?  nein

Ja, was?.....

Welche **Untersuchungen** wurden bisher durchgeführt?

*Allergietest?*  Bluttest  Hauttest  Keiner von Beiden

Wenn ja, wann?.....

Ergebnis:  keine Allergie

Allergie gegen:.....

Haben Sie **Haustiere**?  nein

Ja, und zwar: .....

Hat Ihr Kind regelmäßig **Kontakt zu Tieren**?  nein

Ja, und zwar: .....

War Ihr Kind schon einmal im **Krankenhaus**?  nein

Ja, wo/wann?.....

Leidet Ihr Kind an **chronischen Krankheiten**?  nein

Ja, und zwar: .....

Ist Ihr Kind früher als errechnet **zur Welt gekommen**?  nein

Ja, und zwar: .....

Bestehen Beschwerden mit **Ohren / Nase / Augen**?  nein

häufig Mittelohrentzündung  Niesattacken, Fließschnupfen

häufig verstopfte Nase  nächtl. Schnarchen

juckende, gerötete Augen  HNO-Untersuchung/OP



Bestehen Beschwerden im **Mundbereich** nach Genuss bestimmter **Nahrungsmittel**?  nein

- Ausschlag um den Mund  Lippenschwellung  
 Juckreiz am Gaumen/im Rachen  Heiserkeit, Husten, Luftnot

Bestehen Beschwerden am **Magen** oder **Darm**?  nein

- schlechtes Gedeihen  chronische Durchfälle  
 wiederholtes Erbrechen  häufiges Aufstoßen, säuerl. Mundgeruch

Gibt es **allergische Erkrankungen** in der **Familie**?  nein

	Mutter	Vater	Geschwister	andere
<b>Asthma</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Heuschnupfen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pollenallergie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tierallergie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hausstaubmilbenallergie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nahrungsmittelallergie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Neurodermitis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche bisher nicht erfragten Themen sehen Sie im Zusammenhang mit den Beschwerden Ihres Kindes als wichtig an?

- 
- 
- 
- 

Welche **Fragen** haben Sie?

- 
- 
- 
- 
- 

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

*Raum für ärztliche Ergänzungen*

