

Anmeldung für die **SEKTION INTEGRIERTE KINDERDERMATOLOGIE** des
SOZIALPÄDIATRISCHEN ZENTRUMS im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Name, Vorname des Kindes		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort, Straße		
Telefon / Mobil		
E-Mail		
Krankenversicherung	<input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Beihilfe	
	Name 1. Elternteil	Geb.-Dat.:
	Name 2. Elternteil	Geb.-Dat.:
	Hauptversicherte Person:	
Überweisende/r Kinderärztin/ Kinderarzt	Name:	
	Adresse:	

FRAGEN AN DIE ÜBERWEISENDE KINDERÄRZTIN / DEN ÜBERWEISENDEN KINDERARZT

Wie lautet die kinderärztliche Fragestellung?

Kurze Epikrise

Bitte geben Sie alle relevanten Vorbefunde mit!

Beindet sich das Kind bereits in Betreuung eines anderen Sozialpädiatrischen Zentrums?

Nein

Ja. Welches? Wann zuletzt? _____

Liegen chronische Krankheiten oder Entwicklungsauffälligkeiten vor?

Nein Ja

Welche? _____ Wo behandelt? _____

Datum, Unterschrift, Stempel *

FRAGEBOGEN FÜR ELTERN VON KINDERN MIT HAUTBESCHWERDEN

Weshalb kommen Sie zu uns?

Seit wann hat Ihr Kind Hautbeschwerden? _____

Welche Körperregionen waren in den letzten 12 Monaten besonders betroffen?

(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

- Kopfhaut
- Gesicht, Hals
- Ober-/Unterarme
- Ellenbeugen
- Handgelenke / Hände
- Vorderer Körperstamm, Rücken
- Ober-/Unterschenkel
- Kniekehlen
- Fussgelenke / Füße
- andere Körperstellen, und zwar: _____

Welche Hautbeschwerden/-veränderungen traten auf?

- Juckreiz
- Rötungen
- Kleine "Pickel" (Papeln)
- Schuppen
- Nässen, Krusten
- Hautverdickung
- Sonstige, und zwar: _____

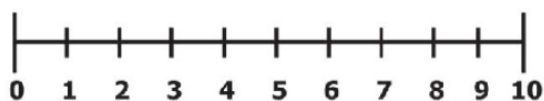
War der Verlauf der Hautbeschwerden überwiegend schubweise?

- Ja
- Nein
- Falls Ja, in welchem Intervall _____

Als wie stark ausgeprägt würden Sie die aktuellen Hautbeschwerden beschreiben?

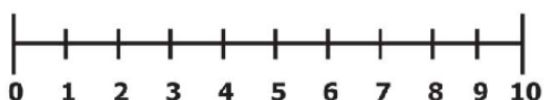
- Mein Kind ist z. Zt. beschwerdefrei
- Gering
- Mittel
- Stark
- Sehr stark

Wie beurteilen Sie die Stärke des Juckreizes zum jetzigen Zeitpunkt (bitte mit Kreuz markieren) ?



0= keine Beschwerden, 10 = stärkste mögliche Beschwerden

Wie stark war in den letzten 7 Tagen der Nachtschlaf beeinträchtigt?



0= keine, 10 = stärkste mögliche Beeinträchtigung

Kam es durch die Hautbeschwerden zu einer Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten?

- Nein
 Ja, Schulfehlzeiten
 Ja, Störung bei der Ausübung von Hobbies / Sport
 Ja, elterlicher Arbeitsausfall
 Sonstige, und zwar: _____

Welche Medikamente haben Sie wegen der Hautbeschwerden angewendet?

(Bitte geben Sie auch an, ob die Medikamente geholfen haben.)

	Ergebnis: sehr gut	gut	unverändert	verschlechtert
<input type="checkbox"/> Pflegecremes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Harnstoff-Präparate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Ölbäder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Kortisoncremes/-salben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Elidel-Creme, Protopic-Salbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Antibiotische Cremes/Salben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Antihistaminika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Spritzen ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Tabletten ²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Pflanzliche Wirkstoffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Homöopathika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar: _____				

¹ z. B. Dupilumab, Tralokinumab, Adalimumab, Secukinumab, ² z. B. Upadacitinib, Baricitinib, Abrocitinib

Nimmt Ihr Kind sonstige Medikamente?

- Nein
 Ja (bitte Angabe mit Dosierung und Einnahmehäufigkeit): _____

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal eine Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt?

- Nein
 ja, gegen _____ Beginn: _____
 mit Tropfen/ mit Spritzen (bitte unterstreichen), Präparatename _____

Welche Behandlerinnen und Behandler haben Sie wegen der Hautbeschwerden Ihres Kindes aufgesucht? Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung?

	Ergebnis: sehr	mäßig	nicht zufrieden
<input type="checkbox"/> Kinderarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Hautärztin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Psychologin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Heilpraktikerin/Homöopath	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar: _____			

Welche weiteren Maßnahmen wurden wegen der Hautbeschwerden durchgeführt?

(Bitte geben Sie auch an, welchen Einfluss die Maßnahmen hatten.)

	Ergebnis: sehr gut	gut	unverändert	verschlechtert
<input type="checkbox"/> Stationärer Aufenthalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Kuraufenthalte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Neurodermitisschulung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Psychologische Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar: _____				

Gibt es Nahrungsmittel, die nach Ihrer Einschätzung zu einer Zunahme der Hautbeschwerden führen?

- Nein, das ist mir nicht aufgefallen.
- Hühnerei(-haltige Produkte)
- Milch(-produkte)
- Getreide/Mehl(-produkte)
- Nüsse, und zwar: _____
- Erdnüsse
- Sonstige, und zwar: _____

Gibt es Nahrungsmittel, die zu anderen Beschwerden geführt haben (z.B. allergischer Schock / Nesselsucht / Schluckbeschwerden o.ä.)?

- Nein
- Ja. Welche Art der Beschwerden? _____
- Welche Nahrungsmittel? _____

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie bewusst meiden?

- Nein
- Ja. Welche? _____
- Mit welchem Erfolg? _____

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
- Kontakt zu Tieren, und zwar: _____
- Kontakt zu Hausstaub
- Kontakt zu Pollen
- Kontakt zu Tabakrauch
- Textilien, und zwar: _____
- Schwitzen
- Sonnenlicht
- Duschen, Baden, Schwimmbadbesuch
- Infekte, Impfungen
- Stress, Aufregung
- Sonstiges, und zwar: _____

Haben Sie Haustiere?

- Nein
- Ja, welche? _____
- Nein, jedoch regelmäßiger Kontakt zu _____

Sind bei Ihrem Kind bereits Laboruntersuchungen oder ein Allergietest erfolgt?

- Nein
- Ja Falls ja, wann zuletzt? _____ (Bitte Befund beifügen bzw. mitbringen)

Hatte oder hat Ihr Kind weitere Erkrankungen / Allergien?

- Nein
- Ja, chronische Bronchitis / Asthma bronchiale
- Ja, Heuschnupfen
- Ja, Nahrungsmittelallergie
- Ja, chronische Nesselsucht / Urtikaria
- Ja, chronische Augenbeschwerden, z. B. Lichtempfindlichkeit, gerötete / trockene Augen
- Ja, und zwar: _____

Gibt es bei Geschwistern oder Ihnen als Eltern atopische oder andere Erkrankungen?

	Neurodermitis	Allerg. Asthma	Heuschnupfen	Allergien/Andere Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Nein / unbekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Mutter des Kindes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Vater des Kindes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls "Allergien" oder "Andere Erkrankungen", welche?

Gab es Probleme in der Schwangerschaft / bei der Geburt?

- Nein
- Ja, welche? _____
- Frühgeburtlichkeit?, wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____

Hat Ihr Kind Geschwister?

- Nein
- Ja (bitte Alter und Geschlecht angeben) _____

Wird in der Umgebung des Kindes geraucht?

- Nein
- Ja, innerhalb der Wohnung
- Ja, außerhalb der Wohnung

Ist ihr Kind geimpft?

- Ja, nach Plan der STIKO
- Nein/ unvollständig, es fehlen _____

Ist Ihr Kind mit Hilfsmitteln versorgt?

- Nein
- Ja, und zwar mit _____

Besucht Ihr Kind eine Kindertagesstätte / Schule?

- Nein
- Ja, seit _____
- Name der Einrichtung _____
- Art der Einrichtung regulär integrativ heilpädagogisch
- Ggf. Schulart: _____ Klasse: _____

Fragen zum Sorgerecht

Wer hat das Sorgerecht?	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:
Bei wem lebt das Kind?	<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Sonst.:
Bezugsperson spricht	<input type="radio"/> Deutsch	<input type="radio"/> falls nein, Englisch	<input type="radio"/> falls nein, benötigt Dolmetscher	

Falls Sie das alleinige Sorgerecht haben, benötigen wir den richterlichen Beschluss. Bitte senden Sie uns diesen unbedingt vorab zu bzw. bringen Sie diesen zu Ihrem vereinbarten Termin mit.

Datum, Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.