

FRAGEBOGEN FÜR ELTERN VON KINDERN MIT HAUTBESCHWERDEN

Weshalb kommen Sie zu uns?

Seit wann hat Ihr Kind Hautbeschwerden? _____

Welche Körperregionen waren in den letzten 4-6 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: _____

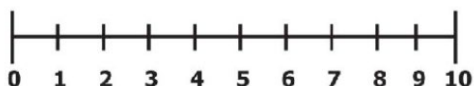
War der Verlauf der Hautbeschwerden überwiegend schubweise?

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

Als wie stark ausgeprägt würden Sie die aktuellen Hautbeschwerden beschreiben?

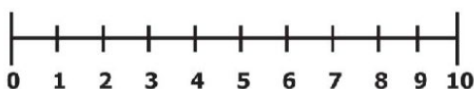
- ☐ Gering
- ☐ Mittel
- ☐ Stark
- ☐ Sehr stark

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 Beeinträchtigung, 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
☐ Pflegecremes	☐	☐	☐	☐
☐ Harnstoff-Präparate	☐	☐	☐	☐
☐ Ölbäder	☐	☐	☐	☐
☐ Farbstoffe	☐	☐	☐	☐
☐ Kortisoncremes/-salben	☐	☐	☐	☐
☐ Elidel-Creme, Protopic-Salbe	☐	☐	☐	☐
☐ Antibiotische Cremes/Salben	☐	☐	☐	☐
☐ Antibiotika	☐	☐	☐	☐
☐ Antihistaminika	☐	☐	☐	☐
☐ Spritzen ¹	☐	☐	☐	☐
☐ Tabletten ²	☐	☐	☐	☐
☐ Pflanzliche Wirkstoffe	☐	☐	☐	☐
☐ Homöopathika	☐	☐	☐	☐
☐ Sonstige, und zwar: _____				

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

Nimmt Ihr Kind sonstige Medikamente?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche _____

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

	Ergebnis: sehr	mäßig	nicht zufrieden
☐ Kinderarzt	☐	☐	☐
☐ Hautärztin	☐	☐	☐
☐ Psychologin	☐	☐	☐
☐ Hausarzt	☐	☐	☐
☐ Ernährungsberatung	☐	☐	☐
☐ Heilpraktikerin/Homöopath	☐	☐	☐
☐ 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
☐ Stationärer Aufenthalt	☐	☐	☐	☐
☐ Rehabilitationsmaßnahme	☐	☐	☐	☐
☐ Kuraufenthalte	☐	☐	☐	☐
☐ Neurodermitisschulung	☐	☐	☐	☐
☐ Hyposensibilisierung	☐	☐	☐	☐
☐ Psychologische Betreuung	☐	☐	☐	☐
☐ 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 führen (z.B. allergischer Schock / Nesselsucht / Schluckbeschwerden o.ä.)?

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

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihr Kind wegen der Hauterkrankung oder Allergien bewusst meidet?

- ☐ 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
- ☐ Aufenthalt an bestimmten Orten: _____
- ☐ 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 Untersuchungen wegen der aktuellen Hauterkrankung erfolgt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja; Falls ja, wann zuletzt? _____ *(Bitte Befunde beifügen!)*

Hatte oder hat Ihr Kind weitere Erkrankungen?

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

Gibt es bei Geschwistern oder Ihnen als Eltern atopische Erkrankungen?

	Neurodermitis	Allerg.Asthma	Heuschnupfen	Sonstige Allergien
☐ Nein / unbekannt	☐	☐	☐	☐
☐ Mutter des Kindes	☐	☐	☐	☐
☐ Vater des Kindes	☐	☐	☐	☐
☐ Geschwister	☐	☐	☐	☐

Falls "Sonstige Allergien", welche? _____

Gibt es bei Geschwistern oder Ihnen andere Erkrankungen, die für die aktuelle Hauterkrankung Ihres Kindes relevant sein könnten?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche? _____

Hat Ihr Kind Geschwister?

- ☐ Nein
☐ Ja (wie viele, welches Alter?) _____

Haben Sie Maßnahmen zur Hausstaubmilbenanierung durchgeführt (z. B. Encasing)?

- ☐ Nein
☐ Ja, welche? _____

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 Hilfsmittel(n) 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: _____

Gab / gibt es in der Betreuungseinrichtung Probleme?

- ☐ Nein
☐ Ja, und zwar _____

Datum, Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!

Anmeldebogen iKinD Version 2.0	Erstellung: Köhler, Meike, Dr. Prüfung: Ott, Hagen, Prof. Freigabe Inhalt: Ott, Hagen, Prof.	Erstelldatum: 08.03.2025 Revisionsdatum: 31.07.2025	Seite 4/4
-----------------------------------	--	--	-----------