

Elternfragebogen

Kurs

(Wird vom SCHULZE ausgefüllt)

Liebe Eltern,

Datum

Sie werden demnächst an unserer ambulanten Neurodermitis-Schulung teilnehmen.
Zur Vorbereitung des Kurses möchten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen bitten.
Durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, besser auf Ihre Bedürfnisse eingehen und damit den Kurs effektiver gestalten zu können.

Name, Vorname Ihres Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht

O Mädchen

O Junge

Adresse

Telefon

Anamnese

Name, Vorname der Mutter

Ausbildung

derzeitige berufl. Tätigkeit

Name, Vorname des Vaters

Ausbildung

derzeitige berufl. Tätigkeit

Eltern geschieden?

O ja

O nein

getrennt lebend?

O ja

O nein

Geschwister Vorname, Name, Alter, Schule / Beruf

Welche Personen halten sich noch regelmäßig in Ihrem Haushalt auf?

Welche Schule besucht Ihr Kind?

Ärztliche Leitung:

Stephan B. Kollmann (FA f. Kinder – und Jugendmedizin)
Duisburger Landstraße 39 – 40489 Düsseldorf

Kontakt und Organisation:

Marion Brockerhoff - Roßpfad 42 – 40489 Düsseldorf
T 0211 – 16 54 259 F 0211 – 16 54 261

Seit wann bestehen die Beschwerden, d.h. wann traten sie zum ersten Mal auf?

Im Alter von Jahren bzw. Monaten

Seit wann besteht die Diagnose Neurodermitis?

Im Alter von Jahren bzw. Monaten

Gibt es andere Familienmitglieder (Eltern, Geschwister des betroffenen Kindes), die von Neurodermitis, allergischem Asthma oder Heuschnupfen betroffen sind?

Erkrankung

betroffen ist:

☐ Neurodermitis

☐ Allergisches Asthma

☐ Heuschnupfen

☐ Lebensmittelallergie

Leben Tiere im Haushalt? Wenn ja, welche?

☐ Nein ☐ Ja

Wird im Haushalt geraucht?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ja, nur auf dem Balkon

Hat Ihr Kind bereits an einer Kurmaßnahme und / oder Neurodermitisschulung teilgenommen?

☐ Nein ☐ Ja

- ☐ Stationärer Schulungskurs
- ☐ Hausarztschulung
- ☐ Ambulante Schulung
- ☐ Kur mit Schulung
- ☐ Kur ohne Schulung

Leidet Ihr Kind noch an anderen chronischen Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind z. Zt. hierfür ein?

Bekannte Auslöser, die die Neurodermitis verschlechtern?

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Pollen: <input type="text"/> | <input type="radio"/> Infekte |
| <input type="radio"/> Hausstaubmilbe | <input type="radio"/> Körperliche Belastung/Schweiß |
| <input type="radio"/> Kaltes Klima (Winter) | <input type="radio"/> Chemikalien (Farben, Lacke etc.) |
| <input type="radio"/> Warmes Klima (Sommer) | <input type="radio"/> Auslöser unbekannt |
| <input type="radio"/> Staub | <input type="radio"/> Müdigkeit |
| <input type="radio"/> Psychische Belastung | <input type="radio"/> Andere: <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Tierhaare von: <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Nahrungsmittel: <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Medikamente | <input type="radio"/> Stress |

Diagnostik

Allergiediagnostik bisher:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Prick | <input type="radio"/> Nahrungsmittelprovokation (DBPCP) |
| <input type="radio"/> Atopie-Patch | <input type="radio"/> Andere: <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> RAST | <input type="radio"/> keine |
| <input type="radio"/> Art des durchgeführten Allergietests ist mir unbekannt | |

Wie belastend erleben Sie die Juckreizsituationen Ihrer Tochter / Ihres Sohnes?

gar nicht belastend sehr belastend

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was glauben Sie, wie belastend sind die Juckreizsituationen für Ihr Kind?

gar nicht belastend sehr belastend

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aktueller Stand

Wie ist die Neurodermitis des Kindes z. Zt. ?
(Lokalisation, Ausmaß und Stärke der Hauterscheinungen)

- Präparat - Name - Dosierung - Lokalisation -

Mit welchen Bädern / Farbstoffen führen Sie die aktuelle Behandlung durch ?

Welche systemischen Medikamente (Tabletten, Tropfen, Saft) verwenden Sie ?

Haben Sie in der Vergangenheit bestimmte Lebensmittel gemieden, die Ihr Kind jetzt wieder verträgt?

☐ Nein

☐ Ja / Falls ja, welche?

Meiden Sie aktuell bestimmte Lebensmittel?

☐ Nein

☐ Ja / Falls ja, welche?

Größe

Gewicht

Ergänzende Therapiemaßnahmen

☐ Physiotherapie

☐ Milbensanierung

☐ Hyposensibilisierung

☐ ND-Schlafanzug

☐ Andere:

☐ keine

Alternative Therapien bisher (jemals)

☐ Homöopathie

☐ Eigenurin-Behandlung

☐ Bioresonanz

☐ Anthroposophische Medizin

☐ Akupunktur

☐ Besprechen

☐ Traditionelle chinesische Medizin

☐ Bachblüten-Therapie

☐ Symbioselenkung

☐ Eigenblut-Behandlung

☐ Andere:

☐ keine

Wurden in Ihrem Haushalt wegen der Neurodermitis Ihres Kindes besondere Vorkehrungen, z.B. in Bezug auf Heizung, Bett, Zimmergestaltung, getroffen?

☐ nein

☐ ja, welche?

Gibt es Probleme in der Schule?

- ☐ nein
☐ ja, welche?

Gibt es eine Sportart, bzw. Sportarten, die Ihr Kind gerne macht?

- ☐ nein
☐ ja, welche?

Hat Ihr Kind Schlafprobleme?

- ☐ nein
☐ ja, welche?

Schläft Ihr Kind bei Ihnen?

- ☐ nein
☐ ja Wie häufig?

Schläft Ihr Kind aufgrund der Hautprobleme bei Ihnen?

- ☐ nein
☐ ja

**Jedes Familienmitglied ist meist irgendwie durch die Neurodermitis mitbetroffen.
Für wen in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister, einschließlich des betroffenen Kindes)
bringt die Neurodermitis die größten Einschränkungen bzw. Beeinträchtigungen mit sich? (=1)
In welcher Reihenfolge sind die anderen Familienmitglieder betroffen? (=2, 3,...)**

1		4	
2		5	
3		6	

Wer hat den Elternfragebogen ausgefüllt?

- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ beide Eltern zusammen
- ☐ sonstige

Bitte nennen Sie uns den behandelnden Arzt Ihres Kindes.

**Liebe Eltern,
sicherlich hat es jetzt einige Zeit gekostet den Fragebogen auszufüllen.
Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und freuen uns auf die Schulung mit Ihnen.**

Ihr SCHULZE-Team

Notizen / Anmerkungen der Eltern: