



## 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:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum:		
Name der Mutter:		Geburtsdatum:
Name des Vaters:		Geburtsdatum:
Adresse:		
Telefon:	Handy:	Email:

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

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infekte, Impfungen  | <input type="checkbox"/> Kleidung            | <input type="checkbox"/> Sonnenlicht           | <input type="checkbox"/> Kontakt zu Tieren |
| <input type="checkbox"/> Hausstaub           | <input type="checkbox"/> Duschen, Baden      | <input type="checkbox"/> bestimmte Tageszeiten | <input type="checkbox"/> Medikamente       |
| <input type="checkbox"/> Stress, Aufregung   | <input type="checkbox"/> Schwitzen           | <input type="checkbox"/> Tabakrauch            | <input type="checkbox"/> Zahnen            |
| <input type="checkbox"/> Pollen              | <input type="checkbox"/> Schwimmbadbesuch    | <input type="checkbox"/> bestimmte Monate      | <input type="checkbox"/> Wachstumsschübe   |
| <input type="checkbox"/> Tragen von Wolle    | <input type="checkbox"/> bestimmte Orten     | <input type="checkbox"/> heißes Klima          | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____   |
| <input type="checkbox"/> mechanische Reizung | <input type="checkbox"/> Seifen/Waschmitteln | <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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!**



## Datenschutzerklärung Sozialpädiatrisches Zentrum Aschaffenburg

_____
Name; Vorname
_____
Geburtsdatum:
_____
Anschrift:

### Datenübermittlung zwischen Sozialpädiatrischem Zentrum und Kinderarzt / überweisenden Arzt (Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Kinderarzt / überweisenden Arzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Kinderarzt / überweisenden Arzt.

Ja

Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum die bei meinem Kinderarzt / überweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem SPZ, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Kinderarztes / überweisenden Arztes zu erhalten. Das SPZ wird die Daten jeweils nur zum Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja

Nein

Mein Kinderarzt/ überweisender Arzt ist:

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Kinderarztes / überweisenden Arztes)

### Einsichtnahme in archivierte Patientenunterlagen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Sozialpädiatrische Zentrum bei der Aufnahme meines Kindes - soweit dies für die aktuelle Behandlung erforderlich ist, auf Patientenunterlagen früherer Aufenthalte im Klinikum Aschaffenburg insbesondere aus anderen Fachabteilungen zugreifen kann.

Ja

Nein

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber dem Sozialpädiatrischen Zentrum ganz oder teilweise widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs findet kein weiterer Datenaustausch für diese Bestandteile mit dem Sozialpädiatrischem Zentrum statt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des einwilligungsfähigen Patienten/Sorgeberechtigten 1

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten 2



## Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Zentrums und der Kinderklinik des Klinikums Aschaffenburg-Alzenau

<b>Angaben zu beiden Elternteilen (bitte vollständig ausfüllen):</b>	
_____	_____
Name Mutter/Vater	Name Vater/Mutter
_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsdatum
_____	_____
Anschrift	Anschrift
<b>Voll umfassend sorgeberechtigt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Voll umfassend sorgeberechtigt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausschließlich Teilsorge: _____	Ausschließlich Teilsorge: _____
Andere sorgeberechtigte Person oder Institution: _____	_____

Die Entbindung von der Schweigepflicht erstreckt sich auf den Austausch von sämtlichen Informationen, die:

- für die **Behandlung** von Bedeutung sind
- für die Bedarfsmittelteilnahme bzgl. **früher Hilfen** notwendig sind
- für die Bedarfsmittelteilnahme bzgl. **Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe** erforderlich sind
- für die Installierung **ambulanter oder stationärer Hilfen** von Nöten sind

Die Entbindung von der Schweigepflicht betrifft Informationen aus Kontaktgesprächen, Informationen zur Vorgeschichte und familiären Verhältnissen, Informationen zur Krankengeschichte sowie Befundberichte.

Ich erkläre mich als Personensorgeberechtigte/r damit einverstanden, dass von meinem Kind

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

alle bei anderen Ärzten und nachfolgenden Institutionen erhobenen Untersuchungsergebnisse eingeholt bzw. eingesehen werden können. Ich entbinde folgende Institutionen von der **gegenseitigen Schweigepflicht**:

- |  |   |                                       |   |
|--|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Frühförderung               | <input type="checkbox"/> Jugendamt      | <input type="checkbox"/> KoKi         | <input type="checkbox"/> Diätberatung           |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten                | <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt | <input type="checkbox"/> Kinderarzt   | <input type="checkbox"/> Neonatologie Hanau     |
| <input type="checkbox"/> Schule                      | <input type="checkbox"/> Ergotherapie   | <input type="checkbox"/> Hausarzt     | <input type="checkbox"/> Neonatologie Frankfurt |
| <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst | <input type="checkbox"/> Logopädie      | <input type="checkbox"/> Facharzt     | <input type="checkbox"/> _____                  |
| <input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendhospiz        | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Pflegedienst |   |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse                | <input type="checkbox"/> Pflegekasse    | <input type="checkbox"/> Humangenetik |   |

Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung beraten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des einwilligungsfähigen Patienten/ Sorgeberechtigten 1

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten 2