



Neurodermitisschulung

Elternfragebogen Eltern-Kind-Schulung

Liebe Eltern,

Sie und Ihr Kind werden demnächst an unserem Neurodermitisschulungskurs 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 für alle effektiver gestalten zu können.

Name, Vorname Ihrer Tochter / Ihres Sohnes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Mädchen Junge

1. Name, Vorname der Mutter: _____ Alter: _____ Jahre

2. Ausbildung: _____ derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

3. Name, Vorname des Vaters: _____ Alter: _____ Jahre

4. Ausbildung: _____ derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

5. Eltern geschieden? ja nein

Eltern getrennt lebend? ja nein

6. Geschwister: _____

Vorname: _____

Alter: _____

7. Welche Personen halten sich noch regelmäßig in Ihrem Haushalt auf?

8. In welchem Alter traten bei Ihrem Kind zum ersten Mal Neurodermitissymptome auf (Rötung, Schuppung, etc.)? _____ Mon. / Jahre

9. Wie alt war Ihr Kind, als die Diagnose "Neurodermitis" gestellt wurde ? _____ Mon. / Jahre

10. Wie haben Sie von der Diagnose Neurodermitis erfahren?

- Arztgespräch
- Arztbrief
- Überweisungsschein, Rezept, Attest o.ä.
- sonstiges: _____

11. Wer in Ihrer Familie/Verwandtschaft (1. und 2. Grades) leidet an : Asthma (allergisch oder nicht-allergisch) ?

_____ Heuschnupfen / allergischem Schnupfen ?

_____ Medikamentenallergie ?

_____ Ekzem / Neurodermitis ?

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

- ja nein

Wenn ja, an was für einer ?

- stationärer Schulungskurs
- Hausarztschulung
- ambulanter Schulung
- Kur mit Schulung
- Kur ohne Schulung
- ambulante Kurmaßnahme: _____

13. Leidet Ihr Kind noch an anderen chronischen Erkrankungen ? ja nein

Wenn ja, an welcher / an welchen ?

14. Welche Medikamente und Hautpflegemittel nimmt Ihre Tochter / Ihr Sohn zur Zeit ? bitte ankreuzen

Name des Medikamentes	Stärke / Dosierung	täglich	bei Bedarf

15. Gibt es Externa (Salben / Cremes) die nicht gut vertragen wurden?
Wenn ja, welche ?

16. Gibt es bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn Nahrungsmittelunverträglichkeiten ?

ja nein

Wenn ja, welche ? _____

Erfolgt eine besondere Ernährungsform oder Diät?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form?

17. Wurden Nahrungsmittelprovokationen bereits durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

18. Müssen Sie Ihr Kind ans Eincremen erinnern ?

sehr häufig häufig manchmal selten nie

19. Gibt es Streit und Ärger um das Eincremen ?

sehr häufig häufig manchmal selten nie

20. Welche Auslöser verursachen bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn Hautsymptome ?

Jahreszeit, welche? _____

Tageszeit, welche? _____

Wärme

Schwitzen / körperliche Anstrengung

Müdigkeit

Staub

Gefühle, (z.B. Freude, Ärger)

Stress

Tierkontakte

Nahrungsmittel

Allergien

(wogegen?) _____

sonstige: _____

21. Haben Sie Haustiere ?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

22. Hatten Sie früher Haustiere ?

ja nein

Wenn ja, wurden sie wegen der Neurodermitis abgeschafft ?

ja nein

23. Wer in der Familie raucht zur Zeit ?

ein Elternteil beide Elternteile keiner

sonstige (Geschwister, Großeltern, etc.):

wer? _____

24. Wird in Ihrer Wohnung geraucht (z.B. auch von Gästen) ?

ja nein

25. Wurden in Ihrem Haushalt wegen der Neurodermitis Ihrer Tochter / Ihres Sohnes besondere Vorkehrungen, z.B. in Bezug auf Heizung, Bett, Zimmergestaltung getroffen ?

ja nein

Wenn ja, welche?

26. Besucht Ihre Tochter / Ihr Sohn

Kindergarten oder Schule wenn Schule welche Klasse _____

27. Gibt es Probleme bezogen auf die Neurodermitis im Kindergarten oder in der Schule ?

ja nein

Wenn ja, welche?

28. Gibt es eine Sportart, bzw. Sportarten, die Ihre Tochter / Ihr Sohn gerne macht ?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, im Verein / fester Gruppe ?

ja nein

29. Beteiligt sich Ihre Tochter / Ihr Sohn am Kinderturnen / Schulsport ?

ja nein

Wenn ja, wie oft ?

(fast) immer meistens manchmal selten nie

30. Macht Ihre Tochter / Ihr Sohn Entspannungsübungen (z.B. autogenes Training)?

ja nein

31. Setzt Ihre Tochter / Ihr Sohn Alternativen (z.B. Kühlen, Cremen) zum Kratzen ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

32. Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn Schlafprobleme?

ja nein

Wenn ja, welche ?

33. Schläft Ihre Tochter / Ihr Sohn bei Ihnen?

ja nein

Wenn ja, wie häufig? _____

Schläft Ihre Tochter / Ihr Sohn bei Ihnen wegen der Hautprobleme?

ja nein

Wenn nein, sondern wegen:

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

gar nicht belastend

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sehr belastend

Was glauben Sie, wie belastend sind die Juckreizsituationen für Ihre Tochter / Ihren Sohn?

gar nicht belastend

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sehr belastend

35. Jedes Familienmitglied ist meist irgendwie durch die Neurodermitis mit betroffen. Für wen in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister, einschließlich des betroffenen Kindes) bringt die Neurodermitis die größten Einschränkungen bzw. Beeinträchtigungen mit sich ?

In welcher Reihenfolge sind die anderen Familienmitglieder betroffen (=1, 2., 3., etc.)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

36. Bitte schätzen Sie - getrennt voneinander - den derzeitigen Schweregrad der Neurodermitis auf der folgenden Skala ein (ankreuzen):

Einschätzung der Mutter:

sehr leicht											sehr schwer
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einschätzung des Vaters:

sehr leicht											sehr schwer
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Einschätzung des Kindes:

sehr leicht											sehr schwer
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

37. Wie sind Sie auf den Neurodermitiskurs aufmerksam geworden ?

38. Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an den Schulungskurs ?

39. Gibt es über diese Fragen hinaus noch Dinge, die Sie uns über Ihre Tochter / Ihren Sohn mitteilen wollen ?

Bitte nennen Sie uns den behandelnden / einweisenden Arzt:

Eine Frage noch zum Schluss: Wer hat diesen Bogen ausgefüllt ?

Mutter Vater beide Eltern zusammen sonstige:_____

Sicherlich hat es einige Zeit gekostet, diesen Fragebogen auszufüllen. Wir sind uns dessen bewusst und danken Ihnen für Ihre Mühe!

Steckbrief

Name: _____

Alter: _____

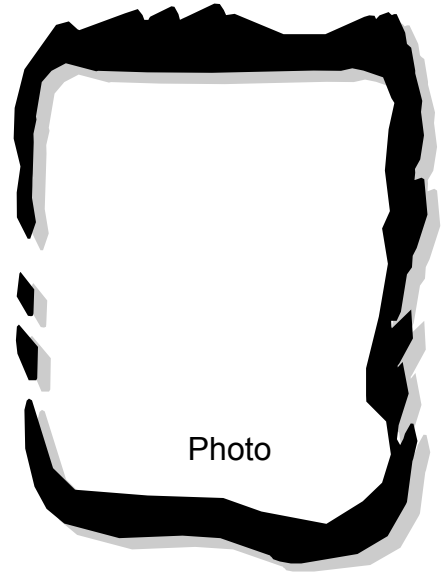
Klasse: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Augenfarbe: _____

Haarfarbe: _____



Steckbrief

Hobbys: _____

Das finde ich „Cool“:

Das finde ich „Uncool“:
