



Patientenetikett
(wird bei Aufnahme
beklebt)

Präklinischer Anamnesebogen

in Vorbereitung zum möglichen Aufenthalt

Oft haben Sie eine lange und teilweise stressige Anreise. Umso mehr können Sie uns im Vorfeld ein wenig helfen, so dass die am Anreisetag stattfindende Aufnahmeuntersuchung und Anamnese vollständig und detailliert durchgeführt werden kann.

Weiter bitten wir Sie, sich zu folgenden Fragen Gedanken und Notizen zu machen und wenn vorhanden, Befunde und Briefe mitzubringen.

Nr.	Frage:	Erledigt?
1.	Gibt es Familienangehörige , die ähnliche Symptome (Krankheitszeichen, wie Heuschnupfen; Asthma; Hauterkrankung; Diabetes Mellitus; Rheuma; chronisch, entzündliche Darmerkrankungen; etc.) zeigen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, bei wem: _____ welche Zeichen zeigen sich:	
2.	Waren Sie in letzter Zeit im Krankenhaus (auch nicht dermatologisch)? Bitte alle Befunde und Dokumente der letzten 5 Jahre mitbringen .	
3.	Impfungen und Allergien: Bringen Sie zum Aufenthalt einfach Ihren Impf- und falls vorhandenen Allergiepass mit.	
4.	Sind Sie im letzten Jahr von folgenden Erkrankungen betroffen gewesen? <input type="checkbox"/> Infekte (<input type="checkbox"/> Hals-, <input type="checkbox"/> Nasen-, <input type="checkbox"/> Rachen; <input type="checkbox"/> Harnwege; <input type="checkbox"/> Ohren-, <input type="checkbox"/> Augen; <input type="checkbox"/> Herpes, <input type="checkbox"/> Gürtelrose, <input type="checkbox"/> Magen-Darm, <input type="checkbox"/> Zahn-(fleisch)entzündungen Wurden die oben genannten Erkrankungen behandelt? Wenn ja, wie _____ (ggf. welche Medikamente genau):	
5.	Nehmen Sie Medikamente ein? Am besten die Präparate und Beipackzettel mitbringen und notieren , welches Medikament Sie wie (Dosierung) und seit wann (Dauer) einnehmen.	
6.	Risikobelastung: Sind Sie <input type="checkbox"/> privat, <input type="checkbox"/> beruflich oder anderswo speziellen Kontaktstoffen ausgesetzt, wo Sie vermehrt eine Reaktion bemerken? (<input type="checkbox"/> Reinigungsmittel, <input type="checkbox"/> Friseurartikel, <input type="checkbox"/> Druckertinte, <input type="checkbox"/> Fußböden, <input type="checkbox"/> Pflanzen,...) Wenn ja, bitte diese genau notieren. _____	
7.	Wann und wo sind Ihre Hautveränderungen das erste Mal aufgetreten ? _____ Wie sah es zu Beginn aus: _____ Kennen Sie den Auslöser:	
8.	Dermatologische Vorbehandlung: Haben Sie bereits Therapien der auf Seite 2 gelisteten Arten erhalten ? Wenn ja wie häufig, in welcher Stärke und seit wann (auf Seite 2 eintragen)	Siehe Seite 2
9.	Bitte führen Sie (wenn möglich 14 Tage vor Aufenthalt) ein Ernährungs- und Symptomtagebuch (ausgefüllt mitbringen) → Vorlage auf unserer Homepage	Homepage

Patientenetikett
(wird bei Aufnahme
beklebt)

Bisherige Therapien

Behandlungsart	Salbe-/Medikament	Dosierung	Häufigkeit	Seit wann und wie lang
<input type="checkbox"/> Steroide extern (Cortison Salben)				
<input type="checkbox"/> Steroid intern (Cortison Tabletten/ Spritzen)				
<input type="checkbox"/> Ciclosporin A (Deximune, Cicloral)				
<input type="checkbox"/> Antihistaminika (Loratadin, Ebastel, Claritin, Fenistil) Welche:				
<input type="checkbox"/> Elidel 1% Creme				
<input type="checkbox"/> Protopic 0,03% / 0,1%				
<input type="checkbox"/> UV-Bestrahlung				
<input type="checkbox"/> Sonstige Therapie				
<input type="checkbox"/> MTX (Lantarel)				
<input type="checkbox"/> Azathioprin (Imurek)				
<input type="checkbox"/> Biologicals (Remicade, Enbrel, Humira, Stelara, Omalizomab, Xolair)				
<input type="checkbox"/> Mycophenolate Mofetil				
<input type="checkbox"/> Leflunomid (Arava)				
<input type="checkbox"/> Neotigason				
<input type="checkbox"/> Fumaderm				
<input type="checkbox"/> sonstige:				
<input type="checkbox"/> sonstige:				
kam es nach dem Absetzen zu einem Rückfall/ Reaktionen?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	
Wenn ja, in welcher Form:				
Ist in der externen Steroidbehandlung ein Gewöhnungseffekt zu erkennen?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	

Um den Aufenthalt bestmöglich vorzubereiten, führen Sie bitte das auf unserer Homepage hinterlegte Ernährungs- und Symptomtagebuch gewissenhaft, wenn möglich über den angegebenen Zeitraum von 14 Tagen.

Auf den nächsten 2 Seiten finden Sie die vorbereitende Ernährungsanamnese. Diese füllen Sie bitte gewissenhaft aus und bringen diese bei einer Aufnahme mit.

Patientenetikett
(wird bei Aufnahme
beklebt)

Präklinische Ernährungsanamnese

in Vorbereitung zum möglichen Aufenthalt

Fragen zum Ernährungsverhalten:

Größe: _____ Gewicht: _____

Wird nach Aufnahme ausgefüllt

BMI: _____ Bauchumfang: _____

Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit stark verändert? Nein Ja um (+/-) _____ kg
Seit wann? _____

Durchschnittliche Mahlzeitenhäufigkeit: _____ x pro Tag

Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selbst zu?

Nie	selten	häufig	meist
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verwenden Sie Fertiggerichte?

Nie	selten	häufig	meist
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie selbst Ihre Ernährung bzgl. Lebensmittelauswahl ein?

Ausgewogen	Eher einseitig	unterschiedlich	Bio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht der Eindruck oder das Gefühl, dass Sie bestimmte Nahrungsmittel nicht vertragen?

Nein	ja	Welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Auf welche Nahrungsmittel kann in keinem Fall verzichtet werden?

Lehnen Sie bestimmte Speisen/ Lebensmittel strikt ab? Nein

Ja, welche:

Sind bei Ihnen Nahrungsmittelunverträglichkeiten bzw. Nahrungsmittelallergien bekannt? Nein

Ja, welche:

Art der Ernährung/ Ernährungsgewohnheiten: (mehrere Antworten möglich)

Vollwertnahrung	Vegetarier	Veganer	Low-Carb	Paleo	Sonstige:
<input type="checkbox"/>	_____				

Hatten Sie bereits **Ernährungsberatungen**: Nein Ja

Wurden bereits **Diäten** versucht: Nein Ja, mit welchem Erfolg: _____

Wurden **Auslassversuche** unternommen: Nein Ja, mit welchem Erfolg: _____

Nur bei Kindern ausfüllen:

- gestillt
 Folgemilch/ HA-Milch/ Hydrolysat

wenn ja, welche: _____

Beikost, welche:

Welche Lebensmittel werden von der Mutter gemieden: _____

Auslassversuche durchgeführt: Nein

ja, welche Lebensmittel:

Patientenetikett
(wird bei Aufnahme
beklebt)

Allergien/ Unverträglichkeiten (zutreffendes bitte ankreuzen)

Symptom/ Nahrungsmittel	Kribbeln im Mund	Brennen auf der Zunge	Pelziges Gefühl auf der Zunge	Kratzen im Hals	Lippen- schwellung	Rötung um den Mund
Apfel roh (oder andere Kern- und Steinobstfrüchte _____						
Möhre roh						
Nüsse (welche) _____						
Kartoffel roh						
Kiwi						
Ananas						
Erdbeere						
Soja						
Weizen						
Sonstige (bitte benennen)						

Vordiagnostik:

RAST/Prick, ECT, CLA) bekannt? Pollen; Hausstaubmilbe; Nickel;

Duftstoffe; Perubalsam; Propolis

Sind schon einmal Reaktionen im oder um den Mund herum aufgetreten? Nein, keine bekannt

Symptome während/nach dem Essen? Niesattacken: _____

Ohrenjucken: _____

Magen-Darm-Beschwerden: _____

Anaphylaktische Reaktionen: _____

Reaktionen an den Händen: Kribbeln; Brennen

Bläschenbildung bei Kontakt: (von) _____

Bitte denken Sie an diese Unterlagen. So erleichtern Sie sich und uns die Aufnahme und ermöglichen einen noch schnelleren und genaueren Einstieg in die Behandlung und den Beginn der Therapie.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Ihr Fachkrankenhaus für Dermatologie Schloss Friedensburg GmbH