

Patientenfragebogen – Chronische Urtikaria

(Folgevorstellung)

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Sie leiden an einer chronischen Urtikaria. Im Folgenden stellen wir Ihnen deswegen Fragen zur aktuellen Situation Ihrer Erkrankung und zum Verlauf seit der letzten Vorstellung.

Aber vorher möchten wir Ihnen erneut eines erklären: Bei der Urtikaria können an der Haut Quaddeln, Angioödeme (Schwellungen) oder Beides auftreten. Diese beiden Symptome werden oft verwechselt. Unten zeigen wir Ihnen deswegen jeweils typische Bilder von Quaddeln und von Angioödem. Diese sollen Ihnen dabei helfen, die Fragen dieses Bogens richtig zu beantworten.

Quaddeln (stecknadelkopfgroße bis viele cm durchmessende, scharf begrenzte, ggf. strichförmige, meist juckende, rötliche, flüchtige, Minuten bis Stunden anhaltende Erhebungen der Haut)



Angioödeme (meist schwer abgrenzbare, in der Regel hautfarbene, teils schmerzhaftes Schwellungen der Haut oder Schleimhäute, z.B. der Augenlider, Lippen, der Zunge, Hände oder Füße)



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

um Sie so gut wie möglich behandeln zu können, ist es notwendig, dass Ihr Arzt so viele Informationen wie möglich über Ihre Urtikaria (Nesselsucht) erhält. Wir bitten Sie deshalb die folgenden Fragen möglichst vollständig auszufüllen.

Sollten Sie bei der Beantwortung einiger Fragen unsicher sein, zögern Sie bitte nicht dieses mit dem behandelnden Arzt zu besprechen.

Datum von heute: _____

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

1.) Wie groß und wie schwer sind Sie?

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

2.) Ist Ihre Urtikaria seit der letzten Vorstellung verschwunden? Ja Nein

Falls Ja, wann ist die Urtikaria verschwunden: Monat _____ Jahr _____

Falls Nein, was trifft für Ihrer Urtikaria aktuell zu? (bitte alle zutreffenden Aussagen ankreuzen)

Meine Hautveränderungen der Urtikaria treten spontan auf, ich kann diese nicht durch gezielte Reize auslösen

Meine Hautveränderungen der Urtikaria kann ich durch bestimmte Reize (z.B. Kratzen, längere Druckeinwirkung, Kälte, Anstrengung) selbst auslösen

Falls ja, durch welche(n) Reiz(e): _____

Falls ihre Hautveränderungen der Urtikaria sowohl spontan auftreten als auch gezielt auslösbar sind, welches von beidem steht aktuell im Vordergrund:

spontane auftretende Hautveränderungen

auslösbare Hautveränderungen

weiß nicht

3.) Welche Hautveränderungen der Urtikaria treten bei Ihnen genau auf?

Quaddeln (stecknadelkopfgroße bis viele cm durchmessende, scharf begrenzte, ggf. strichförmige, meist juckende, rötliche, flüchtige, Minuten bis Stunden anhaltende Erhebungen der Haut)

Angioödeme (meist schwer abgrenzbare, in der Regel hautfarbene, teils schmerzhaftes Schwellungen der Haut oder Schleimhäute, z.B. der Augenlider, Lippen, der Zunge, Hände oder Füße)

Beides

4.) Haben die Hautveränderungen Ihrer Urtikaria seit der letzten Vorstellung gejuckt?

Ja Nein

Falls ja, wie stark war der Juckreiz in den letzten 7 Tagen?

kein Juckreiz in den letzten 7 Tagen leicht mittel stark

(leicht = vorhanden aber nicht störend, mittel = störend aber keine Beeinträchtigung normaler alltäglicher Aktivitäten oder des Schlafs, stark = so stark, dass Beeinträchtigung normaler alltäglicher Aktivitäten oder des Schlafs auftritt)

5.) Hatten Sie seit der letzten Vorstellung durchgehend Urtikariasymptome?

- ja, ich hatte durchgehend Urtikariabeschwerden seit der letzten Vorstellung
- nein, es gab auch längere Zeiträume von mindestens 2 Wochen ohne Urtikariabeschwerden

6.) In den letzten 4 Wochen, traten Ihre Urtikariasymptome jeden Tag oder fast jeden Tag auf? Ja Nein

7.) In den letzten 4 Wochen, an wie vielen Tagen pro Woche hatten Sie im Durchschnitt Urtikariasymptome?

- 0 Tage 1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage 5 Tage 6 Tage 7 Tage

8.) Falls bei Ihnen Quaddeln seit der letzten Vorstellung auftraten:

a. In den letzten 4 Wochen, an wie vielen Tagen hatten Sie Quaddeln?

- 0 Tage 1-3 Tage 4-6 Tage 7-13 Tage 14-20 Tage 21-27 Tage
- jeden Tag

b. In den letzten 4 Wochen, wie lange hat es normalerweise gedauert, bis einzelne Quaddeln wieder vollständig verschwunden waren?

- unter 1 Stunde 1-6 Stunden 6-12 Stunden
- 12-24 Stunden 24-48 Stunden 48-72 Stunden
- über 72 Stunden

9.) Falls bei Ihnen Angioödeme seit der letzten Vorstellung auftraten:

a. In den letzten 4 Wochen, an wie vielen Tagen hatten Sie Angioödeme?

- 0 Tage 1 Tag 2-3 Tage 4-6 Tage 7-13 Tage ≥ 14 Tage

b. In den letzten 4 Wochen, wie lange hat es normalerweise gedauert, bis einzelne Angioödeme wieder vollständig verschwunden waren?

- unter 1 Stunde 1-6 Stunden 6-12 Stunden
- 12-24 Stunden 24-48 Stunden 48-72 Stunden
- über 72 Stunden

c. An welchen Stellen sind Angioödeme seit der letzten Vorstellung aufgetreten?

- Augenlider Lippen Rest vom Gesicht
- Kehlkopf Zunge Hände
- Füße Genitalien
- andere Körperstellen, und zwar: _____

10.) Seit der letzten Vorstellung, gab es neue Faktoren, die Ihre Urtikaria verschlechtert haben oder einen Schub ausgelöst haben? Ja Nein

Falls Ja, welche Faktoren:

- Infektionen, und zwar: _____
- Medikamente, und zwar: _____
- Lebensmittel, und zwar: _____
- Stress, und zwar: _____
- Insektenbisse
- andere Faktoren, und zwar: _____

11.) Urtikariakontrolltest:

Mit den folgenden Fragen soll ihre aktuelle Krankheitssituation erfasst werden. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und wählen Sie aus den fünf Antworten diejenige aus, die für Sie *am besten zutrifft*. Bitte beziehen Sie sich dabei auf die *vergangenen 4 Wochen*. Überlegen Sie *bitte nicht lange* und denken Sie daran, *alle Fragen* zu beantworten und für jede Frage *nur eine Antwort* auszuwählen.

1. Wie sehr haben Sie in den vergangenen 4 Wochen unter den **körperlichen Beschwerden der Urtikaria (Juckreiz, Quaddelbildung und/oder Schwellungen)** gelitten?
 sehr stark stark mittelmäßig wenig gar nicht
2. Wie sehr war Ihre **Lebensqualität** in den vergangenen 4 Wochen wegen der Urtikaria beeinträchtigt?
 sehr stark stark mittelmäßig wenig gar nicht
3. Wie oft hat die **Therapie** für Ihre Urtikaria in den vergangenen 4 Wochen **nicht ausgereicht**, um die Urtikariabeschwerden zu kontrollieren?
 sehr oft oft gelegentlich selten gar nicht
4. Wie gut hatten Sie Ihre Urtikaria in den vergangenen 4 Wochen **insgesamt unter Kontrolle**?
 gar nicht kaum mittelmäßig gut vollständig

12.) Seit der letzten Vorstellung, war Ihr Schlaf durch ihre Urtikariasymptome gestört?

- Ja Nein

Wenn ja, wie viele Nächte waren in den vergangenen 7 Tagen gestört?

- keine Nacht 1 Nacht 2 Nächte 3 Nächte
 4 Nächte 5 Nächte 6 Nächte 7 Nächte

13.) Seit der letzten Vorstellung, sind bei Ihnen neue Erkrankungen aufgetreten?

- Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____

14.) Seit der letzten Vorstellung, sind bei Ihnen Erkrankungen, außer der Urtikaria, wieder verschwunden?

- Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____

15.) Seit der letzten Vorstellung, hat sich etwas an den Medikamenten verändert, die Sie regelmäßig für andere Erkrankungen als Ihre Urtikaria einnehme?

- Ja Nein Ich nehme keine derartigen Medikamente ein

Wenn Ja, was? _____

16.) Wird Ihre Urtikaria derzeit (in den letzten 4 Wochen) medikamentös behandelt?

- Ja Nein

Falls Ja: Name Medikament: _____ Einzeldosis (falls bekannt): _____

Art der Einnahme: 1x täglich 2x täglich 3x täglich
 4x täglich bei Bedarf andere: _____

Erfolg der Behandlung:

- Guter Erfolg (Symptomrückgang um mindestens 90%)
 Teilerfolg (Symptomrückgang, aber um weniger als 90%)
 Kein Symptomrückgang

Nebenwirkungen der Behandlung:

- Ja Nein Wenn Ja, welche: _____

17.) Seit der letzten Vorstellung, wurde Ihre Urtikaria mit noch weiteren Medikament(en) behandelt?

- Ja Nein

Falls ja:

Therapie 1: _____ Einzeldosis (falls bekannt): _____

Art der Einnahme: 1x täglich 2x täglich 3x täglich
 4x täglich bei Bedarf andere: _____

Erfolg der Behandlung:

- Guter Erfolg (Symptomrückgang um mindestens 90%)
 Teilerfolg (Symptomrückgang, aber um weniger als 90%)
 Kein Symptomrückgang

Nebenwirkungen der Behandlung:

- Ja Nein Falls Ja, welche: _____

Therapie 2: _____ Einzeldosis (falls bekannt): _____

Art der Einnahme: 1x täglich 2x täglich 3x täglich
 4x täglich bei Bedarf andere: _____

Erfolg der Behandlung:

- Guter Erfolg (Symptomrückgang um mindestens 90%)
 Teilerfolg (Symptomrückgang, aber um weniger als 90%)
 Kein Symptomrückgang

Nebenwirkungen der Behandlung:

- Ja Nein Wenn Ja, welche: _____

Weitere Therapien: _____

18.) Seit der letzten Vorstellung, haben Sie andere Ärzte wegen Ihrer Urtikaria aufgesucht?

Ja Nein

Wenn Ja, welche Ärzte:

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt/Allgemeinmediziner | Wie oft: ____ Mal |
| <input type="checkbox"/> Hautarzt | Wie oft: ____ Mal |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt | Wie oft: ____ Mal |
| <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren-Arzt | Wie oft: ____ Mal |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt | Wie oft: ____ Mal |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt | Wie oft: ____ Mal |
| <input type="checkbox"/> Andere Ärzte, und zwar: _____ | Wie oft: ____ Mal |

19.) Seit der letzten Vorstellung, welche diagnostischen Maßnahmen wurden durch andere Ärzte zur Ursachensuche Ihrer Urtikaria durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

20.) Seit der letzten Vorstellung, wurden Sie wegen Ihrer Urtikaria in einer Klinik stationär behandelt?

Ja Nein

Wenn ja, wie oft: ____ Mal

Wenn ja, wie viele Tage insgesamt: ____ Tage

21.) Seit der letzten Vorstellung, haben Sie wegen Ihrer Urtikaria eine Notaufnahme oder Rettungsstelle aufgesucht?

Ja Nein

Wenn ja, wie oft: ____ Mal

22.) Seit der letzten Vorstellung, sind Sie wegen Ihrer Urtikaria in der Schule, Hochschule oder bei der Arbeit ausgefallen?

Ja Nein Ich gehe nicht zur Schule/Hochschule/bin nicht arbeitstätig

Wenn ja, wie viele Tage sind Sie in den letzten 12 Monaten ausgefallen? ____ Tage