LMU | KLINIKUM DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN | Campus Innenstadt Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie

Zentrum für seltene und genetische Hautkrankheiten

Genodermatosensprechstunde für Kinder

Prof. Dr. K. Giehl / Dr. L. Frommherz / Dr. N. Alelq

Patientenetikett

Hausarzt/ Facharzt:_____
Telefon / Mobil :_____
E-Mail:_____
Datum:_____

Überweisung/Empfehlung durch: _____

Grund der Vorstellung:_____

Allg. Anamnese:
Schwangerschaftsverlauf:
Geburt: ☐ unauffällig ☐ auffällig ☐ Frühgeburt
U1-U9: ☐ unauffällig ☐ auffällig
Größe:
Gewicht:
Kopfumfang:

Spezielle dermatologische Anamnese:
Beginn:

Verlauf:
Saisonale Besserung: ☐ Winter ☐ Sommer ☐ kein Unterschied

Verbesserung/Verschlechterung:

Freizeitverhalten: ☐ normal ☐ Outdoor- ☐ Indoor - Tätigkeiten
Ernährungsgewohnheiten: ☐ normal ☐ Diäten

Medikamente +/- Homöopathie +/- Vit D.-Substitution +/- Allergien +/
Häufige Infekte: +/- Hohes Fieber: +/- Hyperhidrose: +/-

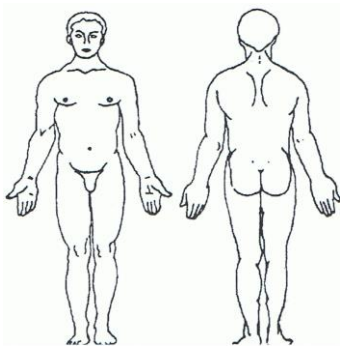
Vorerkrankungen:

Welche allergischen Erkrankungen wurden bei Ihrem Kind von ärztlicher Seite festgestellt?

☐ Heuschnupfen ☐ allergische Asthma ☐ Medikamentenallergie ☐ Kontaktallergie ☐ Keine
☐ Sonstige: _____

Hat ihr Kind einen Allergiepass? ☐ Nein ☐ Ja

Hautbefund: Bitte Stellen markieren!



Haare:

Zähne: ☐ spitze Eckzähne ☐ fehlende Zähne ☐ unauffällig

Nägel:

Handflächen/Fußsohlen:

Sonstiges:

Familienanamnese: Betroffene in der Familie bekannt?

Großeltern: O Ja O Nein

Eltern: O Ja O Nein

Onkel/ Tante: O Ja O Nein

Geschwister: O JA O Nein

Gibt es weiter Betroffene? O JA O Nein falls Ja, wen: _____

Familienvorgeschichte (Eltern, Geschwister, Kinder)

Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie aufgetreten?

Heuschnupfen ☐ Nein ☐ weiß nicht ☐ **Ja, bei**

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Kinder

Neurodermitis ☐ Nein ☐ weiß nicht ☐ **Ja, bei**

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Kinder

Asthma ☐ Nein ☐ weiß nicht ☐ **Ja, bei**

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwister ☐ Kinder

Haben Sie bis jetzt eine **Behandlung** durchgeführt? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Lokale Behandlung:

Systemische Behandlung:

Anmerkungen:

Diagnose:

Gibt es eine **Verdachtsdiagnose**?

Welche **Untersuchungen** wurden bereits durchgeführt?

Von den Ärzten auszufüllen:

Procedere:

- ☐ Imago
- ☐ Ophthalmologie
- ☐ Neurologie
- ☐ Bildgebung
- ☐ Molekulargenetik
- ☐ Psychosoziale Beratung
- ☐ Sonstiges

Geplante Behandlung:

Überweisung an:

Wiedervorstellung: