

FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG VON CHRONISCHEM PRURITUS (3. Fassung 04/08) Arbeitstitel: AGP-Fragebogen

Zentrum: _____

Alter	Geschlecht	Untersuchungsdatum	Prob.-Nr.
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m w	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Soziodemografische Daten

	ja	nein
Haben Sie eine Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Hauterkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Lebererkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Erkrankungen des Blutes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an bösartigen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Erkrankungen aus dem psychosomatischen/ psychiatrischen Formenkreis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an neurologischen Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Bisherige Therapie des Juckreizes:		
Lokale Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerliche Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienstatus:		
alleinstehend	<input type="checkbox"/>	
verheiratet	<input type="checkbox"/>	
geschieden	<input type="checkbox"/>	

Kinder

Berufstätigkeit

Schulabschluss

Hauptschule

Realschule

Abitur

Medikamenteneinnahme (unabhängig vom Pruritus)

Herz-Kreislauf-Medikamente wie Betablocker, ACE-Hemmer

Wenn ja, welche?

Antidiabetika

Wenn ja, welche?

Antidepressiva/Psychopharmaka

Wenn ja, welche?

Krampfhemmende Medikamente

Wenn ja, welche?

Hormonpräparate

Wenn ja, welche?

Immunsuppressiva

Wenn ja, welche?

Lipidsenker

Wenn ja, welche?

Schmerzmittel, z. B.

Opioide

Wenn ja, welche?

Antiphlogistika

Wenn ja, welche?

Durchblutungsfördernde Mittel

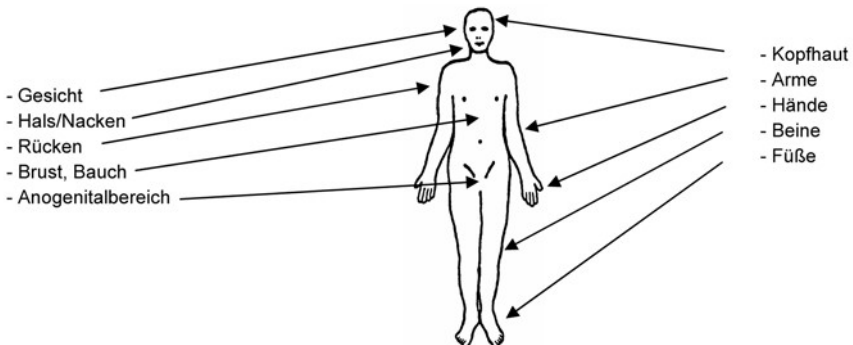
Wenn ja, welche?

Anamnestische Daten

	ja	nein
1. Seit wann besteht die juckende Erkrankung?		
Seit Tagen bis Wochen (< 6 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit Wochen bis Monaten (> 6 Wochen bis 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit mehreren Monaten (6-12 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit Jahren (> 1 Jahr-10 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit Jahren (> 10 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Wie oft tritt Ihr Jucken auf?		
Mindestens 1x täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals in der Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrmals im Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Wie tritt Ihr Jucken auf?		
Dauernd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schubweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2c. Wie war Ihr Jucken in der letzten Zeit?		
Am schlechtesten in den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am besten in den letzten 4 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Zu welcher Tageszeit tritt Ihr Jucken auf?		
Den ganzen Tag und die ganze Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Wann wird der Juckreiz stärker bei ...		
Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettwärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionaler Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a. Wo ist Ihr Juckreiz lokalisiert?		
Am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An einer Körperregion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An mehreren Körperregionen, aber niemals am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4b. Bitte markieren Sie hier die genaue Lokalisation Ihres Juckreizes.

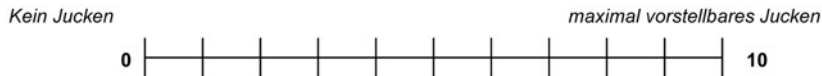
Bitte kreuzen Sie alle Regionen an, an denen es Sie juckt.



5a. Wie würden Sie die durchschnittliche Stärke Ihrer Juckempfindung heute auf der u. g. Skala von 0 - 10 einschätzen?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz auf der untenstehenden Skala:

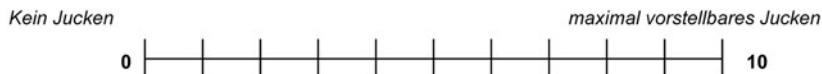
(Die Skala reicht von 0 bis 10, wobei 0 kein Jucken und 10 das schlimmste Jucken darstellt, das Sie sich vorstellen können. Setzen Sie also Ihr Kreuz an eine Stelle zwischen 0 und 10, die am besten Ihre persönliche Juckempfindung widerspiegelt)



5b. Wie war Ihr schlimmstes Jucken im Durchschnitt während der letzten 4 Wochen?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz auf der untenstehenden Skala:

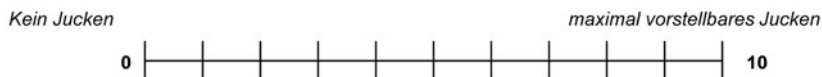
(Die Skala reicht von 0 bis 10, wobei 0 kein Jucken und 10 das schlimmste Jucken darstellt, das Sie sich vorstellen können. Setzen Sie also Ihr Kreuz an eine Stelle zwischen 0 und 10, die am besten Ihre persönliche Juckempfindung widerspiegelt)



5c. Wie war Ihr schwächstes Jucken im Durchschnitt während der letzten 4 Wochen?

Bitte markieren Sie mit einem Kreuz auf der untenstehenden Skala:

(Die Skala reicht von 0 bis 10, wobei 0 kein Jucken und 10 das schlimmste Jucken darstellt, das Sie sich vorstellen können. Setzen Sie also Ihr Kreuz an eine Stelle zwischen 0 und 10, die am besten Ihre persönliche Juckempfindung widerspiegelt)



6. Wie würden Sie die Qualität Ihres Juckens beschreiben?

Mehrere Antworten möglich, bitte markieren Sie die für Sie zutreffenden Empfindungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Scharf | <input type="checkbox"/> Reines Jucken |
| <input type="checkbox"/> Stechen | <input type="checkbox"/> Brennen |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Schmerzhaft |
| <input type="checkbox"/> Streichelnd | <input type="checkbox"/> Spitz |
| <input type="checkbox"/> Tief innen lokalisiert | <input type="checkbox"/> Oberflächlich lokalisiert |

7. Was machen Sie gegen Ihren Juckreiz? (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rubbeln | <input type="checkbox"/> Gegenstände benutzen wie Bürste, Kratzlöffel |
| <input type="checkbox"/> Reiben | <input type="checkbox"/> Mit den Fingernägeln in die Haut einkerben |
| <input type="checkbox"/> Kratzen | <input type="checkbox"/> Hitze, wie z. B. heiß duschen |
| <input type="checkbox"/> Kneifen | <input type="checkbox"/> Kälte, wie z. B. Kältepackung |
| <input type="checkbox"/> Kneten | <input type="checkbox"/> In Gesellschaft sein |
| <input type="checkbox"/> Scheuern | <input type="checkbox"/> Alleine sein |
| <input type="checkbox"/> Eincremen | |

8. Den Juckreiz empfinde ich als (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Grausam | <input type="checkbox"/> Aufwühlend |
| <input type="checkbox"/> Qualvoll | <input type="checkbox"/> Hartnäckig |
| <input type="checkbox"/> Gemein | <input type="checkbox"/> Entsetzlich |
| <input type="checkbox"/> Ich empfinde nur noch Jucken | <input type="checkbox"/> Der Juckreiz bedrückt mich |
| <input type="checkbox"/> Der Juckreiz macht mich aggressiv | |

9. **Kratzverhalten** (mehrere Antworten möglich)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich kratze mich nur, wenn es juckt | <input type="checkbox"/> Ich kratze mich auch, wenn es nicht juckt |
| <input type="checkbox"/> Das Kratzen lindert das Jucken | <input type="checkbox"/> Das Kratzen schafft mir Befriedigung |
| <input type="checkbox"/> Das Kratzen verstärkt das Jucken | <input type="checkbox"/> Das Kratzen führt dazu, dass meine Haut aufgeht |

10. **Wie oft kommen Ihnen im Zusammenhang mit dem Jucken folgende Gedanken?**

	Nie	Manchmal	Oft	Meistens	Immer
1. Das Jucken hört nie mehr auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich kann nichts dagegen tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich werde mich wieder bis zur Verunstaltung kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Das Jucken wird immer schlimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kann es nicht aushalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe heute (Nacht) bestimmt wieder keine ruhige Minute mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diese ewigen Ratschläge bringen mich zur Verzweiflung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Das Jucken macht mich noch verrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kratz mich wieder blutig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Meine Haut sieht morgen bestimmt wieder schrecklich aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensqualität

1. **Das Jucken beeinflusst meine Lebensqualität:**

Nie	Manchmal	Oft	Meistens	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Haben Sie im Zusammenhang mit Ihrer juckenden Erkrankung schon einmal an Selbstmord gedacht?**

Ja Nein

3. **Welche der folgenden Beschwerden haben Sie außer dem Juckreiz noch?**

	Nie	Manchmal	Oft	Meistens	Immer
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>