

Fragebogen zur Abklärung von Photodermatosen

Datum _____

Verdachtsdiagnose(n): _____

Abschlußdiagnose(n): _____

Bitte bringen Sie, wenn möglich, Photos von Ihrer Lichtkrankheit mit.

Bitte kreuzen Sie an oder fügen Sie die entsprechenden Angaben ein!

(Nicht zutreffende Fragen bitte auslassen)

Klinik

[1] Wie sieht Ihre Hautveränderung aus?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Nur rot | <input type="radio"/> Eiterbläschen |
| <input type="radio"/> Rote Punkte oder Flächen,
die über die Haut erhaben sind | <input type="radio"/> Nässende Stellen |
| <input type="radio"/> Nesseln | <input type="radio"/> Krusten |
| <input type="radio"/> Bläschen | <input type="radio"/> Keine sichtbare
Hautveränderung |
| <input type="radio"/> Blasen | |

[2] Juckt Ihre Hautveränderung?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

[3] Bemerken Sie Brennen, Schmerzen oder Kreislaufbeschwerden während oder kurz nach Sonnenexposition?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

[4] Kühlen Sie Ihre brennende Haut mit Wasser?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
|--------------------------|----------------------------|

[5] Haben Sie schon einmal Blasen im Gesicht und an den Handrücken bekommen?

- Ja Nein

[6] Ist Ihre Haut im Vergleich zu früher leichter verletzbar?

- Ja Nein

[7] Ist Ihr Urin manchmal dunkel verfärbt?

- Ja Nein

Dauer

[1] Haben Sie diese Hautveränderungen zum ersten Mal?

- Ja Nein

-----> Wenn ja, entfallen die Fragen [8 bis 11], [16]

[2] Seit wann besteht die jetzige Hautveränderung?

[3] Wann trat die Hautveränderung zum ersten Mal auf?

[4] Waren Sie damals

- im Gebirge an der See im Süden

Sonnenlichtexposition

- [1] Glauben Sie, dass Ihre Hautveränderung durch Sonnenlicht verursacht ist?
- Ja
 - Nein
 - Weiß nicht
- [2] Wie lange können Sie an Ihrem Wohnort in der Sonne sein, bevor die Hautveränderung auftritt?
- Weniger als 30 Minuten
 - Mehr als 30 Minuten
 - Mehr als zwei Stunden
 - Mehr als fünf Stunden
 - Tritt nicht am Wohnort auf
- [3] Wie stark muss die Sonne dabei normalerweise sein?
- sehr stark
 - mittel
 - schwach
- [4] Wo treten die Hautveränderungen auf?
- im Gebirge
 - an der See
 - im Süden
- [5] Wie lange dauert es gewöhnlich vom Ende der Sonneneinwirkung bis zum Auftreten der Hautveränderungen?
- Minuten
 - Stunden
 - Tage
- [6] Wie lange halten die Hautveränderungen an, wenn Sie sich nicht weiter der Sonne aussetzen?
- Minuten
 - Stunden
 - Tage
 - Wochen
- [7] Wie lange bleiben die Hautveränderungen bestehen, wenn Sie weiter in die Sonne gehen?
- Tage
 - Wochen
 - Monate
- [8] Können Sie sich gegen Sonne abhärten?
- Ja
 - Nein

- [9] Bekamen Sie den Ausschlag schon einmal, wenn Sie hinter einem Fenster in der Sonne saßen (z. B. hinter geschlossenen Autoscheiben)?
- Ja ◦ Nein
- [10] Haben Sie diese Hautveränderung durch Sonne schon einmal an Körperregionen bekommen, die von Kleidung bedeckt waren?
- > Wenn ja,
- a) an welcher Körperregion: _____
- b) durch welche Art von Kleidung: _____
- [11] Ist Ihre Hautveränderung schon einmal ohne direktes Sonnenlicht aufgetreten?
- Ja ◦ Nein
- [12] Haben Sie diese Hautveränderung schon einmal durch Leuchtstoffröhren (auch in Bestrahlungskabinen, Höhensonnen, Bräunungsgeräten), Halogenlicht, Photokopiergeräte, Fernsehen, Bildschirmarbeit oder offenes Feuer bekommen?
- Ja ◦ Nein
- [13] Wann tritt Ihre Hautveränderung meistens auf?
- Frühling ◦ Sommer ◦ Ferien mit vermehrter Sonneneinwirkung
- [14] Sind die Hautveränderungen von der Jahreszeit abhängig?
- Ja ◦ Nein
- [15] Haben Sie die Hautveränderungen auch im Herbst und Winter?
- Ja ◦ Nein ◦ weiß nicht
- > Wenn ja, werden sie durch Sonnenlicht verursacht?
- Ja ◦ Nein
- [16] Wird Ihre Hautveränderung im Laufe des Sommers besser?
- Ja ◦ Nein
- [17] Verschlechtern sich Ihre Hautveränderungen mit zunehmender Sonnenintensität im Sommer?
- Ja ◦ Nein

Hitze

- [1] Löst Hitze – etwa in einem warmen Raum – die Hautveränderung aus?
- Ja
 - Nein
- [2] Führt Hitze zu vermehrtem Brennen oder Juckreiz?
- Ja
 - Nein

Lokalisation

- [1] Welche Hautpartien werden befallen?
- Alle dem Licht ausgesetzten Stellen
 - Gesicht
 - Nasenrücken
 - Ohrmuscheln
 - Hals, Decolleté
 - Nacken
 - Oberarme
 - Unterarme
 - Handrücken
 - Fingerrücken bis auf Endglieder
 - Oberschenkel
 - Unterschenkel
 - Fußrücken
 - andere Stellen
- [2] Ist die Region unter dem Kinn betroffen?
- Ja
 - Nein
- [3] Tritt die Veränderung auch hinter den Ohren auf?
- Ja
 - Nein
- [4] Sind die Fingerzwischenräume befallen?
- Ja
 - Nein
- [5] Sind behaarte Regionen betroffen?
- Ja
 - Nein
- [6] Ist die Region hinter den Brillenbügeln und Brillengläsern befallen?
- Ja
 - Nein

[7] Ist die Region unter dem Uhrarmband befallen?
 Ja Nein

[8] Bekommen Sie die Hautveränderung auch an bedeckten Körperstellen?
 Ja Nein
-----> Wenn ja, wo

Exogene und endogene Photosensibilisatoren und (Photo)allergene

Beruf und Hobbies

[1] Welchen Beruf üben Sie zur Zeit aus?

[2] Haben oder hatten Sie Kontakt mit folgenden Chemikalien?

- Stark duftende Möbelpolituren und Reinigungsmittel
- Thiourea in Lichtpauspapier
- Kolophonium
- Epoxidharz in der Plastikindustrie
- Dinitrotoluol in Dynamit
- Chlorpromazin zur Beruhigung von Ferkeln, Kälbern etc.
- Olaquinox in Ferkelfutter
- Hexachlorophen in Eutersalben
- Pestizide
- Herbizide
- Ethylenamin in Schneidöl
- Tetrachlorsalicylanilid in Schneidöl
- Bithionol in Kühlschmiermitteln

[3] Welchen Beruf haben Sie ausgeübt, kurz bevor oder während die Hautveränderung zum ersten Mal auftrat?

[4] Welche Hobbies haben Sie?

[5] Arbeiten Sie im Garten oder kommen Sie sonst mit Pflanzen in Kontakt?
 Ja Nein
-----> Wenn ja, bitte genaue Angaben zu den Pflanzen:

Medikamente

Medikamenten-bedingte Photosensitivität und MED

WICHTIG: Verdächtige Medikamente nicht absetzen!

Datum **Station** **Arzt**

[1a] Welche **Medikamente (Handelsname und chemische Kurzbezeichnung)** haben Sie kurz vor oder während des **ersten Auftretens** Ihrer Hautveränderung eingenommen und in welcher Dosierung ?

Erfolgte damals eine Erhöhung der Dosis und wenn ja, von welchem Medikament?

[1b] Was nehmen Sie heute, am Tag der Photodiagnostik, ein und in welcher Dosierung?

[2] Welche der folgenden Medikamente haben Sie seit ihrer vermehrten Lichtempfindlichkeit eingenommen oder verwendet? Bitte Beipackzettel zur Photodiagnostik mitbringen!

	Medikament	Dosis	Dauer
° Analgetika/Antirheumatika	_____	_____	_____
° Antiarrhythmika	_____	_____	_____
° Antibiotika/Chemotherapeutika	_____	_____	_____
° Antidiabetika	_____	_____	_____
° Antiepileptika	_____	_____	_____
° Antifibrinolytika	_____	_____	_____
° Antihistaminika	_____	_____	_____
° Antihypertonika	_____	_____	_____
° Antimalariamittel	_____	_____	_____
° Antimykotika	_____	_____	_____
° Nichtsteroidale Antiphlogistika	_____	_____	_____
° Beta-Rezeptorenblocker	_____	_____	_____
° Calciumantagonisten und ACE-Hemmer	_____	_____	_____
° Dermatika (systemisch)	_____	_____	_____
° Diuretika	_____	_____	_____
° Hypnotika/Sedativa	_____	_____	_____
° Lipidsenker	_____	_____	_____
° Östrogene, Gestagene	_____	_____	_____
° Parkinsonmittel	_____	_____	_____

- Psychopharmaka _____
- Schilddrüsentherapeutika _____
- Sulfonamide _____
- Tuberkulosemittel _____
- Zytostatika _____

[3] Geben Sie anderen Menschen oder Tieren Medikamente?

- Ja
 - Nein
- Wenn ja, welche?

Kosmetika und andere Externa

[1] Ist die Hautveränderung immer oder verstärkt nach der Anwendung von Sonnenschutzmitteln aufgetreten?

- Ja
- Nein

[2] Welche der folgenden Mittel haben Sie

- a) kurz vor oder während des ersten Auftretens Ihrer Hautveränderung verwendet?
- b) Zur Zeit in Gebrauch?

(Bitte genaue Angaben, wenn möglich mit Handelsnamen)

	a)	b)
▶ Sonnenschutzmittel	_____	_____
▶ Andere Hautpflegemittel mit Sonnenschutz	_____	_____
▶ Kosmetika	_____	_____
▶ Deodorantien	_____	_____
▶ Rasierwasser	_____	_____
▶ After Shave Lotion	_____	_____
▶ Eau de Toilette	_____	_____
▶ Parfum	_____	_____
▶ Aknemittel und Antiseptika (Hexachlorophen)	_____	_____
▶ Teerprodukte	_____	_____
▶ andere Externa	_____	_____

Ernährung

[1] Wird Ihre Hautveränderung durch Nahrungsmittel ausgelöst?

- Ja Nein

-----> Wenn ja, durch welche Nahrungsmittel:

[2] Wie viel Gläser der folgenden Getränke trinken Sie am Tag?

Bier _____ Wein _____
Schnaps _____ Tonic-Water _____

Bisherige Behandlung

[1] Hat Ihnen eine Behandlung (incl. UV-Bestrahlung) bereits einmal geholfen?

- Ja Nein

-----> Wenn ja, welche:

[2] Hat eine Behandlung (incl. UV-Bestrahlung) schon einmal die Hautveränderung verschlechtert?

- Ja Nein

-----> Wenn ja, welche:

Hauttyp

[1] Kreuzen Sie Ihren Hauttyp vor Auftreten der Lichtempfindlichkeit an!

- Typ I Immer Sonnenbrand, nie Bräunung
 Typ II Gewöhnlich Sonnenbrand, leichte Bräunung
 Typ III Gelegentlicher Sonnenbrand, normale Bräunung
 Typ IV Selten Sonnenbrand, starke Bräunung

[2] Wegen der Lichtempfindlichkeit kommt es nicht

- zum Sonnenbrand zur Bräunung

[3] Trotz der Lichtempfindlichkeit unveränderter Hauttyp?

- Ja Nein

[4] Haarfarbe _____ Augenfarbe _____

- [5] Hautfarbe
- hell
 - hell mit Sommersprossen
 - mittel
 - pigmentiert

Eigene und Familienanamnese

[1] Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie bereits?

- Leberkrankheiten
 - Gallenkrankheiten
 - Gelbsucht
 - Atopisches Ekzem
 - Heuschnupfen, Asthma
 - Allergisches Kontaktekzem
- > Wenn ja, welche Kontaktallergene:

-
- Andere Hautkrankheiten

[2] Leidet jemand in der Familie an

▶ Hautkrankheiten

- Ja
- Nein

▶ Lichtüberempfindlichkeit

- Ja
- Nein

[3] Bitte kreuzen Sie an, an welchen der folgenden Krankheiten Ihre Familienmitglieder erkrankt sind!

	Ekzem	Asthma	Heuschnupfen	Leber- und Gallenleiden	Gelbsucht
Eltern	◦	◦	◦	◦	◦
Geschwister	◦	◦	◦	◦	◦
Kinder	◦	◦	◦	◦	◦
Onkel, Tanten	◦	◦	◦	◦	◦
Vettern, Basen	◦	◦	◦	◦	◦