



Studienleiter

Dr. rer. nat. Steffen Schubert
Informationsverbund Dermatologischer Kliniken
Kornmarkt 4, 37073 Göttingen

Datum, Ort:
Klinik: (Nummer wird vom Studienleiter vergeben)
Fall-Nummer (WinAlldat/IVDK):
Tel.:
E-mail:
Klinik, Ansprechpartner:

Jeder Pat. ist in WinAlldat/IVDK zu dokumentieren!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient! Mit diesem Fragebogen wollen wir Allergenquellen im Bereich der Körperkunst, vor allem der Tattoos, erfassen. Da viele Allergene auch in anderen Bereichen vorkommen können, gehen die Fragen zum Teil etwas darüber hinaus. Durch Ihr Mitwirken leisten Sie einen Beitrag bei der Ermittlung schädlicher Inhaltsstoffe in Tätowierfarbe und zur Erforschung von Unverträglichkeitsreaktionen.

Körperschmuck- Anamnese				Falls ja, hatten Sie dabei eine Ekzemreaktion*?		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
Tragen oder trugen Sie jemals Piercings oder Ohrringe/-stecker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Färben oder färbten Sie sich Haare schwarz/dunkel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatte Sie jemals ein schwarzes Henna Tattoo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen oder trugen Sie gefärbt/dunkle Textilien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen oder trugen Sie jemals künstliche (Finger)Nägel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bräunen Sie häufig Ihre Haut im Solarium und/oder im Sommer im Freien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/hatten sie metallische Implantate / Prothesen (incl. Zähne)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/hatten Sie mind. 1 Tattoo oder Permanent Make-up?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* sofort oder verzögert: Erhebungen, Verkrustungen; nicht gemeint: Infektionen, Probleme bei der Wundheilung, Sonnenbrand

Falls Sie mind. 1 **Tattoo** oder **Permanent Make-up** haben/hatten, füllen Sie bitte auch die **2. Seite des Fragebogens – Tattoo Anamnese** aus!
Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

Kommentare und Hinweise (Sie können gern problematische Produkte nennen!):

.....

.....

.....

.....



Datum, Ort:
Klinik: (Nummer wird vom Studienleiter vergeben)
Fall-Nummer (WinAlldat/IVDK):

Studienleiter: Dr. rer. nat. Steffen Schubert

Jeder Pat. ist in WinAlldat/IVDK zu dokumentieren!

Waren Sie Kunde/Kundin in **mehreren** Permanent Make-up- oder Tattoo-Studios? ☐ mehrere PMU ☐ mehrere Tattoo

Falls ja, bitte beziehen Sie sich auf Unverträglichkeitsreaktionen oder die am häufigsten besuchten Studios!

Anamnese zu gestochenen Tattoos/Permanent Make-up				Falls ja, hatten Sie dabei eine Ekzemreaktion*?		
	ja	nein	weiß nicht	ja	nein	weiß nicht
Haben/Hatten Sie mind. 1 Permanent Make-up ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tage <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre <input type="checkbox"/> weiß nicht	Wie lange dauerte es bis zum Beginn der Ekzemreaktion*?					
Haben Sie detaillierte Pflege -Anweisungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen mind. 1 Permanent Make-up mittels Laser entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben/Hatten Sie sich mind. 1 Tattoo stechen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tage <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Jahre <input type="checkbox"/> weiß nicht	Wie lange dauerte es bis zum Beginn der Ekzemreaktion*?					
Haben Sie detaillierte Pflege -Anweisungen erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen mind. 1 Tattoo mittels Laser entfernt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* sofort oder verzögert: Erhebungen, Verkrustungen; nicht gemeint: Infektionen, Probleme bei der Wundheilung, Sonnenbrand

Farb-Anamnese zu gestochenen Tattoos								
	Schwarz	Rot/Orange	Magenta/Pink	Gelb	Grün/Türkis	Blau	Violett/Lila	Andere
Welche wurden bei Ihrem Tattoo verwendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo hatten Sie eine Unverträglichkeitsreaktion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte schätzen: Anzahl Handflächen incl. Finger								
Wie groß ist Ihre tätowierte Fläche insgesamt ?	<input type="checkbox"/> ≤1		<input type="checkbox"/> 2-4		<input type="checkbox"/> ≥5			
Wie groß ist Ihre tätowierte farbige Fläche?	<input type="checkbox"/> ≤1		<input type="checkbox"/> 2-4		<input type="checkbox"/> ≥5			

In welchem Ausmaß treffen folgende Aussagen bei Ihnen zu?					
	ja	eher ja	teils, teils	eher nein	nein
Ich habe die Tattoo- Pflegehinweise stets befolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schütze mein/e Tattoo/s stets vor Sonnenlicht (auch Solarium).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zur vollständigen Wundheilung habe ich das Tattoo vor Sonne geschützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein/e Tätowierer/in hat mich gut über Risiken von Tattoos aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde vor dem Stechen nach bestehenden Vorerkrankungen gefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>