

# FRAGEBOGEN BEI VERDACHT AUF EINE KONTAKTALLERGIE

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ weiblich  
☐ männlich  
☐ divers

1. Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE

<p><b>2.1. Atopische Dermatitis (AD)</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt</p> <p><b>2.2. Rhinitis allergica</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt</p> <p><b>2.3. Allergisches Asthma bronchiale</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt</p>	<p><b>3. Atopie-Score:</b> ..... Punkte</p>
<p><b>4.1. Derzeitiger Beruf</b>          (bei mehreren der dermatologisch relevante(re)): .....</p> <p>4.2. Ausgeübt seit: ..... Hautveränderungen dabei? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar</p> <p><b>E+ 1. Ggf. weiterer derzeitiger Beruf</b>..... Ausgeübt seit.....Jahren..... Monaten</p>	
<p><b>4.3. Ggf. weiterer Beruf</b>          (falls für die Hauterkrankung relevant): .....</p> <p>4.4. Ausgeübt von: ..... bis: ..... Hautveränderungen dabei? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar</p>	
<p><b>E+ 2. Primäre (initiale) Ekzem-Lokalisation</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Schlüssel siehe Rückseite → eingeben bei „Zusatzfragen“)</p> <p>zu erfragen: K1. <b>Körpergröße</b> (cm) <input type="text"/> (in WinalldatNet unter „erweiterte Anamnese“)</p> <p>K2. <b>Körpergewicht</b> (kg) <input type="text"/></p>	
<p><b>I1. Epikutantestung unter systemischer Immunmodulation seit mindestens 7 Tagen?</b>  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt</p> <p><b>I2. Wenn ja, womit?</b> (nur aktuell!) <input type="radio"/> Dupilumab (Dupixent®)  <input type="radio"/> Tralokinumab (Adtralza®) <input type="radio"/> Baricitinib (Olumiant®)  <input type="radio"/> Abrocitinib (Cibinqo®) <input type="radio"/> Upadacitinib (Rinvoq®)  <input type="radio"/> Andere (.....) <input type="radio"/> Unbekannt</p> <p><b>I3. Wenn ja, wegen AD?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar</p>	
<p><b>Tätowierungen</b></p> <p>T1. Haben/hatten Sie eine Tätowierung bzw. Permanent Make-up (KEIN Henna Tattoo)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p>T2. Wenn ja, bemerkten Sie ungewöhnliche Hautreaktionen im Tattoo (auch verzögert)<sup>1</sup>? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unklar</p> <p><small><sup>1</sup>Ekzem, lichenoid Reaktion, Granulom, Hyperkeratose; <u>nicht</u> gemeint: Infektion, Problem bei der primären Wundheilung</small></p>	
<p><b>4.5. In welchen Bereichen werden die Allergene vermutet?</b> (siehe auch Systematik der Kontaktstoff-Kategorien)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 18. Baustoffe (Zement, Fliesenkleber ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 49. Brille, Hörgerät, Kontaktlinsen u.ä.</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Büromaterial</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Chemikalien (Sonstige)</p> <p><input type="checkbox"/> 20. Desinfektionsmittel</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Farben, Lacke</p> <p><input type="checkbox"/> 41. Farben / frisch gestrichene Räume</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Fette, Öle (keine Kühlschmierstoffe)</p> <p><input type="checkbox"/> 31. Friseurstoffe (Dauerwelle, Farbe, Gel ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Gummi (Sonstiges)</p> <p><input type="checkbox"/> 33. Handschuhe (Leder, Gummi, Stoff ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Hausstäube</p> <p><input type="checkbox"/> 29. Hölzer</p> <p><input type="checkbox"/> 49. Hörgerät, Brille, Kontaktlinsen u.ä.</p> <p><input type="checkbox"/> 26. Implantate, Osteosynthesematerialien (Metall)</p> <p><input type="checkbox"/> 39. Innenraumbeduftung</p> <p><input type="checkbox"/> 36. Kleber</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Kleidung, Textilien</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Kosmetika, Cremes, Lichtschutzmittel</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Kunststoffe</p> <p><input type="checkbox"/> 30. Kühlschmierstoffe</p> <p><input type="checkbox"/> 52. Laborchemikalien</p> <p><input type="checkbox"/> 35. Leder (Sonstiges, z.B. Gürtel, Griffe ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Lösemittel, Benzin ...</p> <p><input type="checkbox"/> 37. Med. Hilfsmaterial (Nahtmaterial, EKG-Gel ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 34. Medikamente, innerlich</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Medikamente, äußerlich</p> <p><input type="checkbox"/> 32. Metalle (Verarbeitung, z.B. Dreher usw.)</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 5. Metalle (Sonstiges, z.B. Münzen)</p> <p><input type="checkbox"/> 43. Möbel, neu</p> <p><input type="checkbox"/> 53. Musikinstrumente</p> <p><input type="checkbox"/> 22. Nagelkosmetika (Lack, künstliche Nägel ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Nahrungsmittel (-zusätze)</p> <p><input type="checkbox"/> 40. Neubauten, neu bezogen</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Parfüm, Deo, Rasierwasser ...</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Pestizide, Herbizide, Insektizide ...</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Pflanzen (keine Nahrungsmittel)</p> <p><input type="checkbox"/> 50. Polituren (Schuhe, Möbel, Auto usw.)</p> <p><input type="checkbox"/> 15. Putz-, Reinigungs-, Waschmittel</p> <p><input type="checkbox"/> 25. Schmuck, Armbanduhr o.ä. (Metall)</p> <p><input type="checkbox"/> 45. Schmuck, Uhren usw. (Nicht-Metall)</p> <p><input type="checkbox"/> 24. Schuhe, Stiefel (Leder, Gummi, Stoff ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 23. Seife, Duschgel, Shampoo, Zahncrème ...</p> <p><input type="checkbox"/> 99. Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> 46. Spielzeug, Scherzartikel</p> <p><input type="checkbox"/> 54. Tätowierung, temporär (Henna)</p> <p><input type="checkbox"/> 55. Tätowierung, Permanent Make-up</p> <p><input type="checkbox"/> 56. Tätowierung, Laserentfernung</p> <p><input type="checkbox"/> 57. Tätowierung, Sticker/Aufkleber</p> <p><input type="checkbox"/> 42. Textilmöbel (Sessel, Teppiche...), neu</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Tierhaar, Felle, Pelze</p> <p><input type="checkbox"/> 47. Tränengas</p> <p><input type="checkbox"/> 48. Waffen (auch Pyrotechnik)</p> <p><input type="checkbox"/> 44. Weichspüler, Verwendung von</p> <p><input type="checkbox"/> 38. Werkzeug (Metall, Holz, Kunststoff ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 28. Zahnfüllungsmaterialien (Amalgam usw. ...)</p> <p><input type="checkbox"/> 27. Zahnprothesen, -brücken, -spangen</p> </div> </div> <p>Bitte mindestens eine Nummer angeben!</p>	
<p><b>5. Indikation zur Testung</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 1. Gutachten</p> <p><input type="checkbox"/> 2. V. a. Berufsdermatose</p> <p><input type="checkbox"/> 3. <b>V. a. allergisches Kontaktekzem</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ausschluss allerg. Kontaktekzem</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Berufseingangsuntersuchung</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p><input type="checkbox"/> 6. Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> 7. V. a. Amalgam-Allergie</p> <p><input type="checkbox"/> 8. V. a. Zahnprothesen-Allergie</p> <p><input type="checkbox"/> 9. V. a. Arzneimittellexanthem</p> <p><input type="checkbox"/> 10. Endoprothesen/Implantat-Unverträglichkeit <i>ohne Hautveränderungen</i></p> <p><input type="checkbox"/> 11. Testung vor Eingriff (incl. Tattoo)</p> </div> </div> <p>Bitte Nr. angeben</p>	

# ABSCHLUSSDOKUMENTATION

(Relevanzbeurteilung der Testreaktionen auf gesondertem Bogen)

Hauptdiagnose		Nebendiagnose	
7.1. Diagnose 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bitte Nr. angeben	8.1. Diagnose 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bitte Nr. angeben
7.2. ggf. Klartext für „Sonstiges“	.....	8.2. ggf. Klartext für „Sonstiges“	.....
7.3. 1. Lokalisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8.3. 1. Lokalisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.4. 2. Lokalisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8.4. 2. Lokalisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.5. 3. Lokalisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8.5. 3. Lokalisation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.6. ggf. Klartext für „Sonstiges“	.....	8.6. ggf. Klartext für „Sonstiges“	.....
<b>Auswahlliste Diagnosen</b>			
29. Arzneimittelunverträglichkeit		6. Ekzem, Stauungs- / Ulcus cruris	
26. Ausschluss Amalgam-Allergie		25. Exanthem (nicht urticariell)	
30. Ausschluss einer Sensibilisierung ohne Hauterkrankung		31. Glossodynie	
27. Ausschluss Zahnprothesen-Allergie		13. Kontakturticaria, o.n.A.	
21. Cheilitis, irritative		<b>13001 Kontakturticaria, immunologisch</b>	
20. Cheilitis, kontaktallergische		<b>13002 Kontakturticaria, nicht-immunologisch</b>	
22. Cheilitis ohne nähere Angaben		33. Lichen ruber	
38. Dermatitis, irritativ akut		11. Mykose	
2. Dermatitis, irritativ chronisch		12. Parasitose	
<b>2001 ..., ausschließlich</b>		34. Periorale Dermatitis	
<b>2002 ..., vorwiegend</b>		7. Photoallergische Reaktion	
<b>2003 ..., beitragend</b>		8. Phototoxische Reaktion	
15. Ekzem, aerogenes (airborne dermatitis)		23. Proteinkontaktdermatitis	
<b>15001 Ekzem, aerogenes (airborne dermatitis), allergisch</b>		35. Prurigo	
<b>15002 Ekzem, aerogenes (airborne dermatitis), irritativ</b>		36. Pruritus unbestimmter/unklarer Ätiologie	
3. Ekzem, atopisches		10. Psoriasis	
16. Ekzem, atopisches Palmar-		37. Sensibilisierung ohne assoziierten aktuellen klin. Befund	
17. Ekzem, dyshidrotisches		99. Sonstiges	
5. Ekzem, dysregulativ-mikrobielles (numm.)		<b>99001 ..., ausschließlich</b>	
24. Ekzem, Exsikkations-		<b>99002 ..., vorwiegend</b>	
32. Ekzem, hyperkeratotisches		<b>99003 ..., beitragend</b>	
<b>1. Ekzem, kontaktallergisches</b>		19. Stomatitis, irritative	
<b>1001 ..., ausschließlich</b>		18. Stomatitis, kontaktallergische	
<b>1002 ..., vorwiegend</b>		39. Tattoo-Unverträglichkeit	
<b>1003 ..., beitragend</b>		40. Tattoo-Unverträglichkeit, allergisch	
28. Ekzem, nicht klassifiziertes		14. Urticaria	
4. Ekzem, seborrhoisches		9. Verbrennung, Verätzung	
<b>Auswahlliste Lokalisationen</b>			
19. behaarte Kopfhaut		<b>5. Arm(e)</b>	
<b>52. Ohr</b>		29. Oberarm(e)	
18. Gehörgänge		15. Gelenkbeugen	
11. Ohr läppchen		30. Ellenbeuge(n)	
<b>9. Gesicht</b>		31. Ellenbögen	
56. Augenbrauen		32. Unterarm(e)	
12. periokulär / Lider		33. Handgelenk(e)	
26. Konjunktiven		<b>1. Hand / Hände</b>	
27. Nase		2. Handinnenfläche(n)	
25. perioral		4. Handrücken	
23. Lippen		34. Fingerzwischenräume	
24. Mundschleimhaut		35. Finger	
10. Hals		36. Fingerrücken	
28. Schulter(n)		3. Fingerseiten	
16. Axilla / Axillen		37. Fingerkuppen	
		<b>14. Rumpf / Stamm</b>	
		38. Dekolleté	
		39. Brust	
		40. Bauch	
		41. Rücken	
		42. Flanken	
		17. Leiste(n)	
		13. anogenital	
		21. anal	
		22. genital	
		<b>8. Bein / Beine</b>	
		43. Hüfte(n)	
		44. Oberschenkel	
		15. Gelenkbeugen	
		45. Knie	
		46. Kniekehle(n)	
		47. Unterschenkel	
		48. Sprunggelenk(e)	
		<b>6. Fuß / Füße</b>	
		49. Fußrücken	
		7. Fußsohle(n)	
		51. Zehen	
		20. generalisiert	
		53. Tattoo	
		99. Sonstiges	
		.....	
<b>9.1. Bestehen Kofaktoren zusätzlich zu o.g. Diagnose(n)?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			
<b>9.2. Wenn ja, welche?</b> Nr. Kofaktor			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		1. Hitze	
		2. Kälte	
		3. Nässe	
		4. Trockenheit	
		5. Bildschirmarbeit	
		6. Stäube	
		7. Okklusives Milieu (Handschuhe, Stiefel)	
		8. Strahlung, Licht	
		9. Klimaanlage	
		10. Chronisch venöse Insuffizienz	
		11. Chem. Irritation (z.B. Lösemittel)	
		12. Mechanische Belastung	
		99. Sonstiges	
<b>9.3. Bei „Sonstiges“:</b> .....			
<b>10. Halten Sie außerberufliche Faktoren für wesentlich?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			
Wenn ja: <input type="radio"/> Freizeittätigkeit <input type="radio"/> umweltbedingt			
<b>11. Ist die Dermatose möglicherweise berufsbedingt?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			
<b>12. Wird die Dermatose durch Heimwerkertätigkeit verursacht?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt			
<b>13. Abschließende(r) Ärztin/Arzt:</b> .....			