

Name, Vorname

AD-Navigator

Datum

Für den Patienten: Erfassung Ihrer Neurodermitissymptome

Dieses Formular soll Sie dabei unterstützen, gemeinsam mit Ihrem Arzt eine **effektive und personalisierte Behandlung Ihrer Neurodermitis** umzusetzen, indem die **Ausprägung Ihrer individuellen Symptome** oder der Ihres Kindes einbezogen wird.

Kreuzen Sie bitte die Ausprägung Ihrer Beschwerden durch Ihre Neurodermitis in der Tabelle an:
Wie sehr haben Sie die folgenden Beschwerden in den letzten 4 Wochen im Durchschnitt beeinträchtigt?

												
	Bewertung der Ausprägung*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.  Juckreiz												
2.  Hautschmerz												
3.  Schlafstörungen												
4.  Hautveränderungen und -beschwerden												
5.  Psychische Belastung durch Ihre Neurodermitis												
6.  Einschränkungen im täglichen Leben (z. B. bei Sport, Beruf und Freizeit)												

*0 (nicht beeinträchtigt) bis 10 (stark beeinträchtigt)

Welche dieser Beschwerden belastet Sie am meisten?

Wie viele Schübe hatten Sie in den letzten 6 Monaten?

☐ 0 bis 3

☐ 4 bis 6

☐ mehr als 6