

Fragebogen: Medizinische Hautberatung

Version 1 vom 18.04.2026

Freigabe durch H. Harnisch, QMB

Formblatt: FB-63



Fragebogen: Medizinische Hautberatung

Dieser Fragebogen hilft Ihnen, Ihre Hautbeschwerden, mögliche Auslöser und bisherige Behandlungen zu sortieren. Sie können ihn für sich nutzen oder zur persönlichen Beratung in die Sonnen-Apotheke Kahla mitbringen. Er ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung.

Nr.	Fragen	<input type="checkbox"/> wichtig
1.	Angaben zur Person (optional) Name: _____ Geburtsjahr: _____ Datum: _____	
2.	Ihr aktuelles Hauptanliegen Was ist momentan Ihr größtes Hautproblem? _____ Seit wann besteht dieses Problem ungefähr? _____ Gibt es einen Auslöser oder eine Phase, in der es deutlich schlimmer wurde (z.B. Stress, Infekt, Medikamentenwechsel, Hormonumstellung, Jahreszeiten, Wirrerung?)	
3.	Wo tritt das Problem auf? Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Regionen an (Mehrfachnennung ist mgl.). <input type="checkbox"/> Kopfhaut <input type="checkbox"/> Fingernägel <input type="checkbox"/> Brustbereich <input type="checkbox"/> Stirn <input type="checkbox"/> Fingerinnenseiten <input type="checkbox"/> Rückenbereich <input type="checkbox"/> Lidränder <input type="checkbox"/> Handfläche <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Wangen <input type="checkbox"/> Streckseiten der Arme <input type="checkbox"/> Leistengegend <input type="checkbox"/> Nasenfalte <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Lippen <input type="checkbox"/> Ellenbeuge <input type="checkbox"/> Kniebeuge <input type="checkbox"/> Mundwinkel <input type="checkbox"/> Achseln <input type="checkbox"/> Kniescheibe <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Streckseiten der Beine <input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Knöchel <input type="checkbox"/> Hals/Dekolleté <input type="checkbox"/> Zehenzwischenräume <input type="checkbox"/> Fußsohlen <input type="checkbox"/> andere Stellen: <input type="checkbox"/> Fußnägel	

Fragebogen: Medizinische Hautberatung

Version 1 vom 18.04.2026

Freigabe durch H. Harnisch, QMB

Formblatt: FB-63



4. Wie zeigt sich Ihre Haut? Bitte kreuzen Sie an, was derzeit auf Ihre Haut zutrifft (Mehrfachnennung mgl.). <input type="checkbox"/> (sehr) trocken <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl <input type="checkbox"/> dünne Haut <input type="checkbox"/> rau <input type="checkbox"/> Bläschen/Pustel/Pickel <input type="checkbox"/> Stechen <input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Knötchen <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Schuppung <input type="checkbox"/> mit Eiter gefüllt <input type="checkbox"/> heiße Stelle <input type="checkbox"/> nässende Stellen <input type="checkbox"/> Kratzspuren <input type="checkbox"/> Warze <input type="checkbox"/> Brennen <input type="checkbox"/> Risse <input type="checkbox"/> Narbe <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> mit Flüssigkeit gefüllt <input type="checkbox"/> Flecken (weiß, dunkel)	
5. Falls Juckreiz oder Schmerzen auftreten, bitte geben Sie die Stärke an. 1 = sehr schwach, 5-6 = mittel, aber gut auszuhalten, 10 = sehr stark Juckreiz: _____ Schmerz: _____	
6. Was sind bisherige Diagnosen o. Verdachtsdiagnosen? Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Begriffe an. <input type="checkbox"/> Neurodermitis/atopisches Ekzem <input type="checkbox"/> seborrhoisches Ekzem <input type="checkbox"/> Psoriasis (Schuppenflechte) <input type="checkbox"/> allergisches Ekzem <input type="checkbox"/> Rosacea/Couperose <input type="checkbox"/> toxisches Kontaktekzem <input type="checkbox"/> Urtikaria/Nesselsucht <input type="checkbox"/> nummuläres Ekzem <input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> aktinische Keratose <input type="checkbox"/> sonstiges:	
7. Zeitlicher Verlauf und mögliche Auslöser Gibt es Zeiten, in denen Ihre Hautbeschwerden deutlich besser oder schlechter sind? (z.B. im Sommer, im Winter, abends/nachts, feuchtes Wetter)	
Haben Sie einen zeitlichen Zusammenhang mit Infekten, einer Herpes-Infektion (Lippenherpes, Gürtelrose) oder Impfung/en bemerkt? Falls ja, bitte angeben.	
Wie lange leben Sie mit diesem Hautbild bereits? <input type="checkbox"/> Wenige Tage <input type="checkbox"/> mehrere Monate <input type="checkbox"/> 1-2 Wochen <input type="checkbox"/> mehrere Jahre	
Gibt es in Ihrer Familie Heuschnupfen, allergisches Asthma, Nahrungsmittel-unverträglichkeiten oder Allergien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
8. Bisherige Behandlungen & aktuelle Pflege Bitte notieren Sie, was Sie bisher gegen Ihre Hautbeschwerden unternommen haben:	

Fragebogen: Medizinische Hautberatung

Version 1 vom 18.04.2026

Freigabe durch H. Harnisch, QMB

Formblatt: FB-63



Ärztliche Behandlungen (falls bekannt; kortisonhaltige Cremes/Salben, Immunsuppressiva, Tabletten, Spritzen...)	
Was hat Ihnen bisher am meisten geholfen?	
Gibt es Produkte, bei denen Ihr Hautbild deutlich schlechter wurde, was ggf. ein brennendes oder spannendes Gefühl hinterlassen hat?	
Was nutzen Sie derzeit zur Pflege? Reinigung/Waschen: _____ Cremes/Lotionen: _____ gegen Rötungen: _____ gegen Akne: _____ Anti-Aging: _____ Sonnenschutz: _____	
Haben Sie das Gefühl, dass Sie die derzeitige Pflege gut vertragen? Falls nein, notieren Sie bitte die Produkte, bei denen wir genauer draufschauen sollten.	
9. Allgemeine Gesundheit & Mikronährstoffe (freiwillige Angaben) Diese Angaben sind freiwillig & helfen uns, mögliche Zusammenhänge besser einzuschätzen. Stichworte genügen. Bestehen chronische Erkrankungen (z. B. Schilddrüse, Darm, Autoimmunerkrankungen)?	
Nehmen Sie Mikronährstoffe (Zink, Selen, D3, B12, Omega-3) und/oder Probiotika (Darmbakterien)? Wenn ja, welche?	

Fragebogen: Medizinische Hautberatung

Version 1 vom 18.04.2026

Freigabe durch H. Harnisch, QMB

Formblatt: FB-63



10. Ihre Erwartungen an die Hautberatung	
<p>Was wünschen Sie sich von der Beratung in der Sonnen-Apotheke Kahla? (Mehrfachnennung mgl.)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> besseres Verständnis für meine Hauterkrankung<input type="checkbox"/> Hilfe bei der Auswahl einer gut verträglichen Pflege<input type="checkbox"/> Unterstützung bei Juckreiz/Schmerzen/Rötungen<input type="checkbox"/> längere bzw. generell beschwerdefreie Zeiten<input type="checkbox"/> Ideen zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung (z.B. Hautschutz, Mikronährstoffe, Probiotika) <p><input type="checkbox"/> sonstiges: _____</p>	
<p>Wenn Sie einen Wunsch frei hätten: Was sollte sich für Sie durch eine erfolgreiche Hautberatung verändern?</p>	

Wichtiger Hinweis: Bei plötzlich stark verschlechterter Haut mit Bläschen, Nässen, Schmerzen, Fieber oder ausgeprägtem Krankheitsgefühl sollte eine ärztliche Abklärung zeitnah erfolgen.

Sie können sich jederzeit bei uns persönlich, telefonisch oder über unsere Internetseite zu einer Hautberatung anmelden.

Sonnen-Apotheke Kahla e. K.

Dr. Henrik Harnisch

Ölwiesenweg 2

07768 Kahla

Tel.: 036424 56655

E-Mail: info@sonnenapotheke-kahla.de

www.sonnenapotheke-kahla.de/hautberatung