



**DR.SIBYLLA
CHANTRAINE**

Fachärztin für Dermatologie
Allergologie / Betriebsmedizin

Hallerplatz 10
20146 Hamburg

Tel. (040) 41308880
Fax (040) 41308850

mail@praxis-chantraine.de
www.praxis-chantraine.de

Fragebogen zur „empfindlichen Haut“

I. Welche Symptome zeigt Ihre Haut ?

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Brennen | <input type="checkbox"/> Stechen | <input type="checkbox"/> Juckreiz |
| <input type="checkbox"/> Rötungen | <input type="checkbox"/> Schuppungen | <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerweiterungen („Couperose“) | | <input type="checkbox"/> Schwellungen |

oder andere _____

II. Welche Faktoren könnten nach Ihrer Beobachtung einen Auslöser bzw. Provokationsfaktor darstellen ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kälte | <input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sonne |
| <input type="checkbox"/> Kontakt mit Wasser | <input type="checkbox"/> Reinigungs.- und Pflegemittel | <input type="checkbox"/> dekorative Kosmetik |

oder andere _____

III. Spielen Ihres Erachtens Lebensmittel als Auslöser eine Rolle ?

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> stark gewürzte Speisen |
|----------------------------------|---|

oder andere _____

IV. Liegen bei Ihnen / oder bestanden bei Ihnen Hauterkrankungen ?

Akne Rosacea (Knötchenflechte) periorale Dermatitis

Neurodermitis

oder andere _____

V. Sind bei Ihnen Allergien bekannt oder wurden Allergietestungen durchgeführt ?

Heuschnupfen allergisches Asthma bronchiale Kontaktallergien

oder andere _____

Allergietestungen _____

VI. Falls bei Ihnen Kontaktallergien (z.B. gegen Nickel oder Salben/Cremegrundlage) bekannt sind, gegen welche Stoffe reagieren Sie allergisch ?

VII. Welche Produkte verwenden Sie zur Pflege bzw. Reinigung der Haut ?

VIII. Benutzen Sie Enthaarungsmittel ?

Ja _____ Nein

IX. Wie häufig reinigen, pflegen oder peelen Sie Ihre Haut/d ?

Reinigung: _____

Pflege: _____

Peeling: _____

Zusätzliche Massnahmen wie Maske, Toner, anti-aging:

X. Wechseln Sie häufiger Ihre Produkte zur Hautreinigung / Pflege ?

Ja

Nein

XI. Favorisieren Sie „natürliche“ Produkte aus Naturstoffen z.B. Arnika, Calendula, Camille, Teebaumöl, Ringelblume etc. ?

Ja

Nein

XII. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?

Ja

Nein

wenn ja, welche _____