



**Dermatologische Lebensqualität (DLQI)**

Datum: \_\_\_\_\_

Name:  
Vorname:  
Geb. am:  
pid:

Etikett

Ziel des Fragebogens ist es, herauszufinden, wie sehr Ihre Hauterkrankung Ihr Leben **in den vergangenen 7 Tagen** beeinflusst hat. Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage ein Kästchen an.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1. Wie sehr hat Ihre Haut in den vergangenen 7 Tagen gejuckt, war wund, hat geschmerzt oder gebrannt?   | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 2. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?  | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |  |
| 3. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- und Garten-arbeit behindert?  | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| 4. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?   | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| 5. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?  | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| 6. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?   | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| 7. Hat die Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, daß Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten?  | ja<br>nein   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| Falls „nein“, wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?   | ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |  |
| 8. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner, Freunden oder Verwandten verursacht?   | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| 9. Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?  | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| 10. Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in den vergangenen 7 Tagen für Sie mit Problemen verbunden (z.B. weil die Behandlung Zeit in Anspruch nahm oder dadurch Ihr Haushalt unsauber wurde)? | sehr<br>ziemlich<br>ein bißchen<br>überhaupt nicht | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |



\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Patient(in)

Ergebnis: DLQI= \_\_\_\_\_ (von der Klinik auszufüllen)