

Dermatologischer-Lebensqualitäts-Index (DLQI)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Ziel dieses 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 ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht? | sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert? | sehr ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |
| 7. | Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, daß Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten? | ja nein | <input type="checkbox"/> <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 ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 ziemlich ein bißchen überhaupt nicht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Frage betrifft mich nicht <input type="checkbox"/> |

Ergebnis: DLQI = _____ (von der Praxis auszufüllen)

Bitte prüfen Sie, ob Sie wirklich alle Fragen beantwortet haben. Vielen Dank!