

DLQI Dermatologischer Lebensqualitätsfragebogen

Zum Ausfüllen durch den Patienten

Name: _____

Datum: _____

Diagnose: _____

Ziel dieses Fragebogens ist es, herauszufinden, wie sehr ihre Hauterkrankung Ihr Leben in den vergangenen 7 Tagen beeinflusst hat. Bitte kreisen Sie zu jeder Frage eine Antwort an.

Wie sehr hat Ihre Haut in den vergangenen 7 Tagen gejuckt , war wund , hat geschmerzt oder gebrannt ?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen verlegen oder befangen gemacht?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung Sie in den vergangenen 7 Tagen bei Einkäufen oder bei Haus- oder Gartenarbeit behindert?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung die Wahl der Kleidung beeinflusst, die Sie in den vergangenen 7 Tagen getragen haben?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihre Aktivitäten mit anderen Menschen oder Ihre Freizeitgestaltung beeinflusst?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung es Ihnen in den vergangenen 7 Tagen erschwert, sportlich aktiv zu sein?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>
Hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen dazu geführt, dass Sie Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen oder nicht studieren konnten? Falls „nein“, wie sehr ist Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen ein Problem bei Ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. Ihrem Studium gewesen?	Ja	2
	Nein	1
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>
	Ziemlich	3
	Ein bisschen	2
	Überhaupt nicht	1
	Frage betrifft mich nicht	0
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Probleme im Umgang mit Ihrem Partner , Freunden oder Verwandten verursacht?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>
Wie sehr hat Ihre Hauterkrankung in den vergangenen 7 Tagen Ihr Liebesleben beeinträchtigt?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>
Inwieweit war die Behandlung Ihrer Haut in den vergangenen 7 Tagen für Sie mit Problemem verbunden (z. B. Weil die Behandlung Zeit in Anspruch nahm oder dadurch Ihr Haushalt unsauber wurde)?	Sehr	3
	Ziemlich	2
	Ein bisschen	1
	Überhaupt nicht	0
	Frage betrifft mich nicht	<input type="checkbox"/>

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

Gesamtscore: _____