

DIESER FRAGEBOGEN KANN IHNEN HELFEN, ZU VERIFIZIEREN, WIE STARK SIE DER ZUSTAND IHRER HAUT UND KOPFHAUT DERZEIT BEEINFLUSST. BITTE MARKIEREN SIE ZU JEDER FRAGE DAS PASSENDE KÄSTCHEN.

www.skin-burnout.com	etwas 1 Punkt	ziemlich 2 Punkte	sehr 3 Punkte
1. Leiden Sie an Juckreiz oder Schuppen von Haut und/oder Kopfhaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Sie an Rötungen oder Brennen von Haut und/oder Kopfhaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie an trockener und leicht irritierbarer Haut und/oder Kopfhaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind in den letzten 28 Tagen Reizzustände von Haut und/oder Kopfhaut aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie sehr wurden Sie durch trockene, irritierte Haut und/oder Kopfhaut, Brennen und/oder Hautrötung sowie Schuppen in den vergangenen 28 Tagen bei der Ausübung Ihres Berufs behindert oder eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie sehr wurden Sie durch trockene, irritierte Haut und/oder Kopfhaut, Brennen und/oder Hautrötung sowie Schuppen in den vergangenen 28 Tagen in Ihrem Privatleben und Ihrer Freizeitgestaltung (z. B. sportliche Aktivitäten, Arbeiten in Haus und Garten, Einkäufe) beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie sehr hat der Zustand Ihrer Haut und/oder Kopfhaut Sie in den vergangenen 28 Tagen bei der Wahl Ihrer Kleidung oder Kopfbedeckung beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatten Sie in den vergangenen 28 Tagen wegen dem Zustand Ihrer Haut und/oder Kopfhaut Probleme im Umgang mit Ihren Mitmenschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie stark hat der Zustand Ihrer Haut und/oder Kopfhaut Ihr Gefühlsleben in den vergangenen 28 Tagen beeinträchtigt, durch das Auftreten von z. B. Ungeduld, Stress, Unsicherheit, Minderwertigkeitsgefühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben bisherige Maßnahmen zur Verbesserung der Haut- und/oder Kopfhautgesundheit bei Ihnen zu Problemen wie z.B. einer Verschlimmerung der Beschwerden geführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNKTZAHL JEDER RUBRIK	_____	_____	_____
GESAMTPUNKTZAHL _____	0-5 Punkte	6-10 Punkte	11-30 Punkte
BEEINTRÄCHTIGUNG DER LEBENSQUALITÄT:	NICHT oder WENIG	MODERAT	SEHR

www.skin-burnout.com

Weitere Angaben
und Notizen zum
Fragebogen.