



HÄMODIALYSE  
SAG, WENN'S  
JUCKT

Juckreiz-Tagebuch von:

Name

.....

Besuchen Sie [www.sagwennsjuckt.de](http://www.sagwennsjuckt.de)

Mehr erfahren

## WAS IST CKD-ASSOZIIERTER JUCKREIZ?

### Viel mehr als „nur ein Juckreiz“

Viele Hämodialyse-Patienten mit einer chronischen Nierenerkrankung („Chronic Kidney Disease“, CKD) leiden zusätzlich unter extremem Juckreiz, welcher am ganzen Körper auftreten kann. Der medizinische Fachausdruck dafür heißt „CKD-assoziiertes Pruritus“<sup>1</sup>. Juckreiz und unkontrolliertes Kratzen können einen starken Einfluss auf die Lebensqualität nehmen.

Sowohl am Tag als auch in der Nacht kann der Juckreiz das Leben mitbestimmen und sogar zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen führen<sup>2</sup>. Deshalb ist es wichtig, sich so früh wie möglich Hilfe zu holen.

Niemand sollte im Stillen unter dem Jucken durch Niereninsuffizienz leiden!

## WARUM GIBT ES DAS JUCKREIZ-TAGEBUCH?

### Sag, wenn's juckt

Betroffene Patienten empfinden Juckreiz sehr unterschiedlich:

- Juckt es zu jeder Zeit oder nur tagsüber oder nachts?
- Juckt der ganze Körper oder nur der Arm?
- Gab es einen Auslöser (z. B. Stress, Sport) für den Juckreiz?
- Inwieweit beeinträchtigt das Jucken Ihre Lebensqualität?

Damit Sie selbst und Ihr Arzt Ihren Juckreiz besser einschätzen können, bieten wir Ihnen hier die Möglichkeit, Ihren Juckreiz täglich zu notieren. Dies erlaubt auch Ihrem behandelnden Arzt, dementsprechend weiterführende Untersuchungen anzuordnen und eine geeignete Therapie für Sie zu entwickeln.

# WIE VERWENDE ICH DAS JUCKREIZ-TAGEBUCH?

## Viel mehr als „nur ein Juckreiz“

Das Juckreiz-Tagebuch erleichtert es Ihnen, 4 Wochen lang Ihre Symptome so genau wie möglich zu erfassen. So können Sie das Datum, die Stärke, die Art des Juckens und die Stelle Ihres Juckreizes einfach in den vorgegebenen Grafiken notieren. Über Vergleiche mit Modellpatienten können Sie selbst das Ausmaß ihrer Einschränkung in mild, moderat oder schwerwiegend einordnen.

Zeigen Sie das Juckreiz-Tagebuch Ihrem Arzt. Sie sind nicht allein mit diesem Problem und es gibt Hilfe. Sprechen Sie es an!

# WOCHE 1

# WOCHE 1

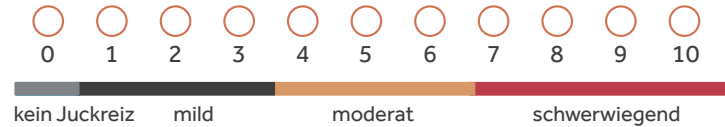
## WIE WAR IHR JUCKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

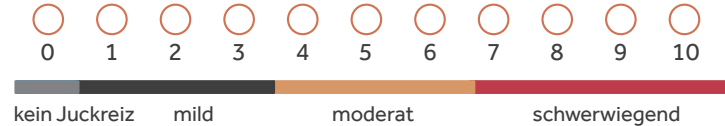
Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

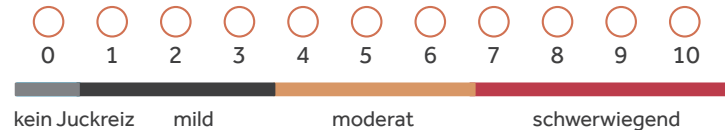
Datum: \_\_\_\_\_



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



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



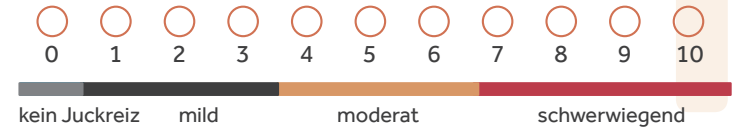
# WOCHE 1

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

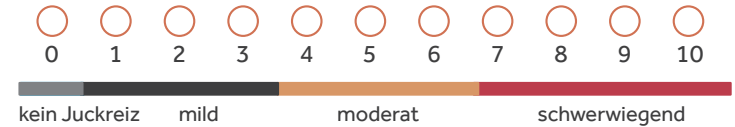
Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

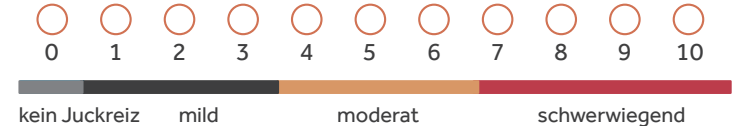
Datum: \_\_\_\_\_



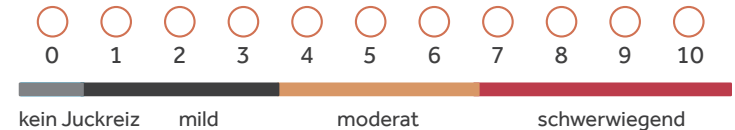
Datum: \_\_\_\_\_



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



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



# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an, wenn Sie an die vergangene Woche denken. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Jucken an?

- |                                       |                                   |                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberflächlich   | <input type="radio"/> Brennen     | <input type="radio"/> Elektrisch     |
| <input type="radio"/> Stiche & Nadeln | <input type="radio"/> Nadelstiche | <input type="radio"/> Unter der Haut |
| <input type="radio"/> Kribbeln        | <input type="radio"/> Kälte       | <input type="radio"/> Beißend        |
| <input type="radio"/> Schmerzhaft     | <input type="radio"/> Wärme       | <input type="radio"/> Sonstiges:     |

## Juckreiz-Merkmale:

- |                                     |                                 |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hautschuppen  | <input type="radio"/> Entzündet | <input type="radio"/> Blutig     |
| <input type="radio"/> Trockene Haut | <input type="radio"/> Gerötet   | <input type="radio"/> Sonstiges: |
| <input type="radio"/> Wund          | <input type="radio"/> Ekzem     |                                  |

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Ihren Schlaf    | <input type="radio"/> Ihr Freizeitverhalten |
| <input type="radio"/> Ihr Berufsleben | <input type="radio"/> Ihre Stimmung         |
| <input type="radio"/> Ihr Sozialleben | <input type="radio"/> Sonstiges:            |

## Welcher der folgenden Patienten ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

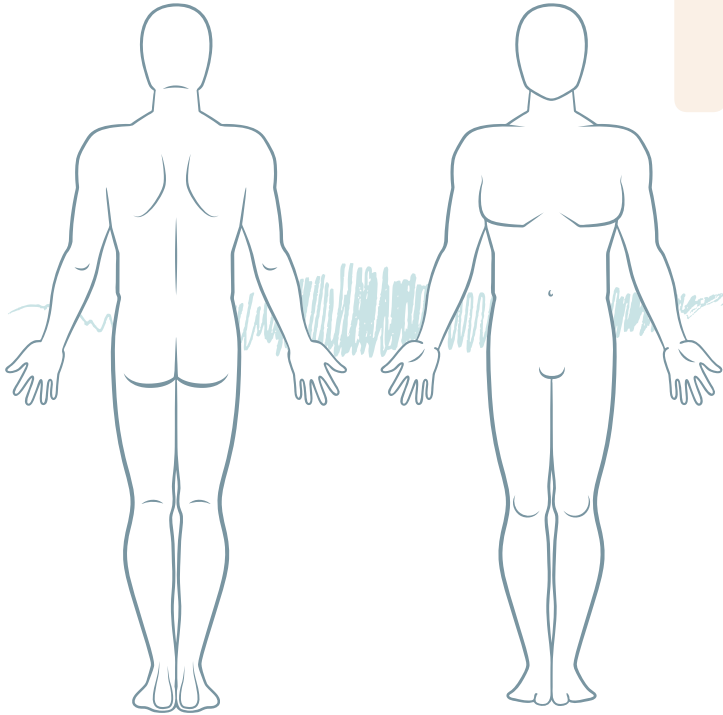
- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

### PATIENT C (SCHWERWIEGEND)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig

# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



## WOCHE 2

## WOCHE 2

# WIE WAR IHR JUCKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

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



kein Juckreiz mild moderat schwerwiegend

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



kein Juckreiz mild moderat schwerwiegend

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



kein Juckreiz mild moderat schwerwiegend

## WOCHE 2

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

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



kein Juckreiz mild moderat schwerwiegend

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



kein Juckreiz mild moderat schwerwiegend

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



kein Juckreiz mild moderat schwerwiegend

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



kein Juckreiz mild moderat schwerwiegend

# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an, wenn Sie an die vergangene Woche denken. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Jucken an?

- |                                       |                                   |                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberflächlich   | <input type="radio"/> Brennen     | <input type="radio"/> Elektrisch     |
| <input type="radio"/> Stiche & Nadeln | <input type="radio"/> Nadelstiche | <input type="radio"/> Unter der Haut |
| <input type="radio"/> Kribbeln        | <input type="radio"/> Kälte       | <input type="radio"/> Beißend        |
| <input type="radio"/> Schmerzhaft     | <input type="radio"/> Wärme       | <input type="radio"/> Sonstiges:     |

## Juckreiz-Merkmale:

- |                                     |                                 |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hautschuppen  | <input type="radio"/> Entzündet | <input type="radio"/> Blutig     |
| <input type="radio"/> Trockene Haut | <input type="radio"/> Gerötet   | <input type="radio"/> Sonstiges: |
| <input type="radio"/> Wund          | <input type="radio"/> Ekzem     |                                  |

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Ihren Schlaf    | <input type="radio"/> Ihr Freizeitverhalten |
| <input type="radio"/> Ihr Berufsleben | <input type="radio"/> Ihre Stimmung         |
| <input type="radio"/> Ihr Sozialleben | <input type="radio"/> Sonstiges:            |

## Welcher der folgenden Patienten ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

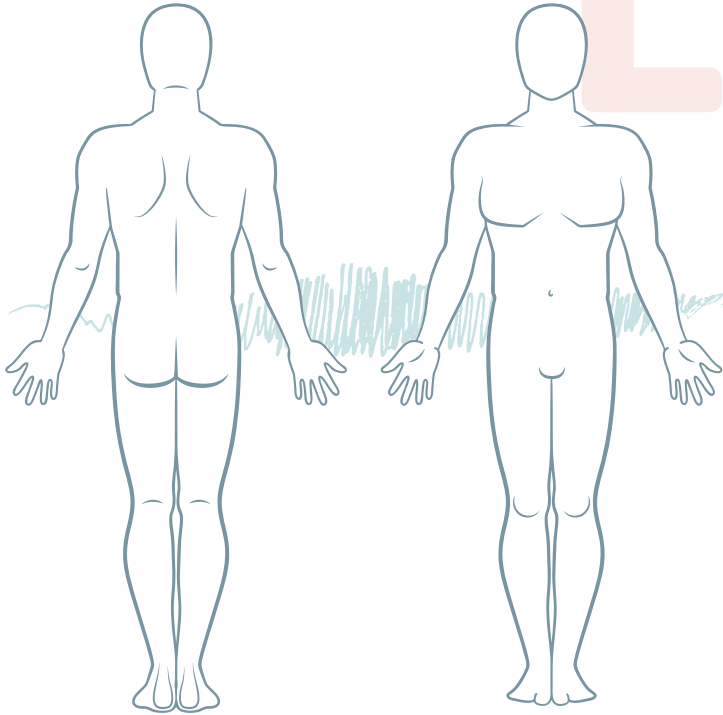
### PATIENT C (SCHWERWIEGEND)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig



# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



WOCHE 3

# WIE WAR IHR JUCKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

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



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



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



Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

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



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



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



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



# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an, wenn Sie an die vergangene Woche denken. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Jucken an?

- |                                       |                                   |                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Oberflächlich   | <input type="radio"/> Brennen     | <input type="radio"/> Elektrisch     |
| <input type="radio"/> Stiche & Nadeln | <input type="radio"/> Nadelstiche | <input type="radio"/> Unter der Haut |
| <input type="radio"/> Kribbeln        | <input type="radio"/> Kälte       | <input type="radio"/> Beißend        |
| <input type="radio"/> Schmerzhaft     | <input type="radio"/> Wärme       | <input type="radio"/> Sonstiges:     |

## Juckreiz-Merkmale:

- |                                     |                                 |                                  |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Hautschuppen  | <input type="radio"/> Entzündet | <input type="radio"/> Blutig     |
| <input type="radio"/> Trockene Haut | <input type="radio"/> Gerötet   | <input type="radio"/> Sonstiges: |
| <input type="radio"/> Wund          | <input type="radio"/> Ekzem     |                                  |

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Ihren Schlaf    | <input type="radio"/> Ihr Freizeitverhalten |
| <input type="radio"/> Ihr Berufsleben | <input type="radio"/> Ihre Stimmung         |
| <input type="radio"/> Ihr Sozialleben | <input type="radio"/> Sonstiges:            |

## Welcher der folgenden Patienten ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

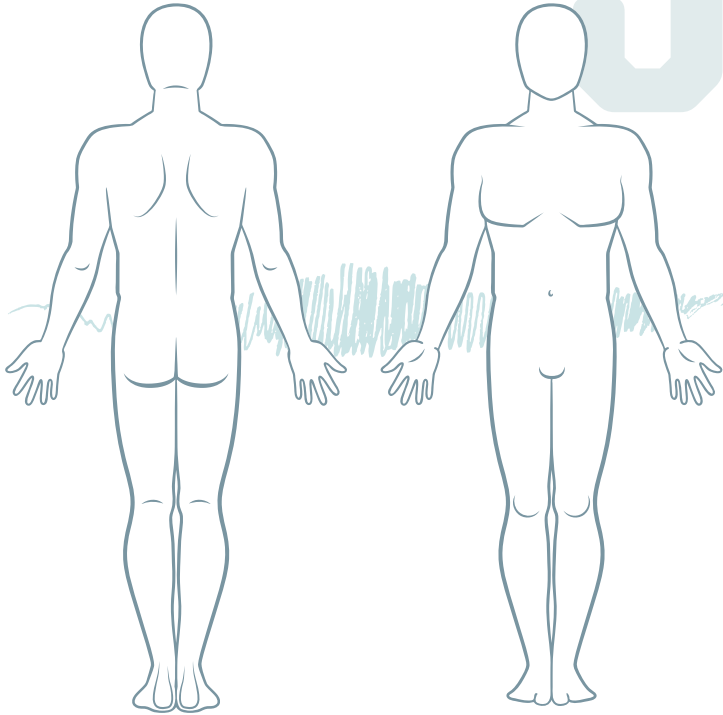
- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

### PATIENT C (SCHWERWIEGEND)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig

# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



WOCHE 4

# WOCHE 4

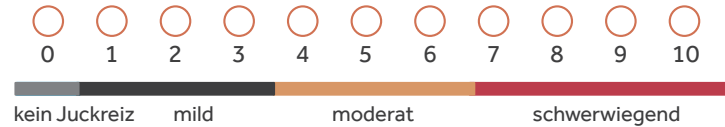
## WIE WAR IHR JUCKREIZ IN DEN LETZTEN 24 STUNDEN?

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

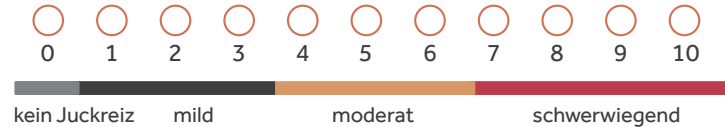
Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

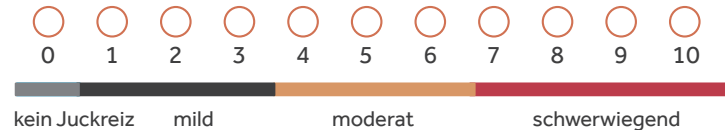
Datum: \_\_\_\_\_



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



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



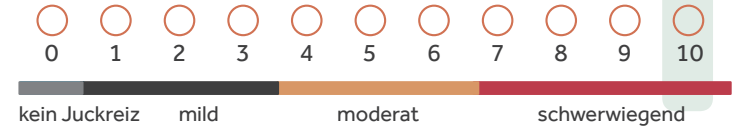
# WOCHE 4

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes auf der Skala an.

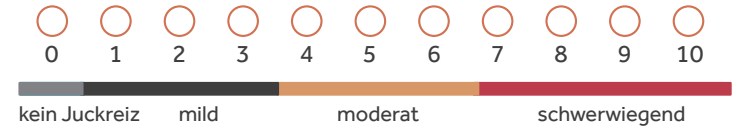
Pruritusintensität – 24h Worst-Itch Numerical Rating Scale (WI-NRS)<sup>3-5</sup>

0 = kein Juckreiz 10 = schlimmster vorstellbarer Juckreiz

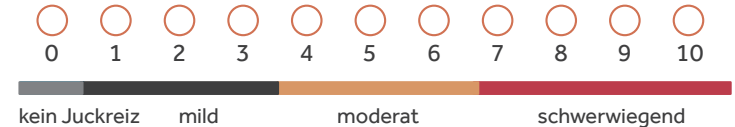
Datum: \_\_\_\_\_



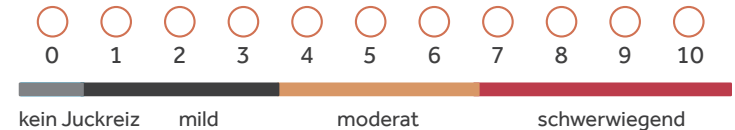
Datum: \_\_\_\_\_



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



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



# WOCHENÜBERSICHT | WIE BEEINFLUSST DER JUCKREIZ IHRE LEBENSQUALITÄT?

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Punkte an, wenn Sie an die vergangene Woche denken. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

## Wie fühlt sich Ihr Jucken an?

- Oberflächlich
- Brennen
- Elektrisch
- Stiche & Nadeln
- Nadelstiche
- Unter der Haut
- Kribbeln
- Kälte
- Beißend
- Schmerzhaft
- Wärme
- Sonstiges:

## Juckreiz-Merkmale:

- Hautschuppen
- Entzündet
- Blutig
- Trockene Haut
- Gerötet
- Sonstiges:
- Wund
- Ekzem

## Beeinträchtigt das Jucken z. B.

- Ihren Schlaf
- Ihr Freizeitverhalten
- Ihr Berufsleben
- Ihre Stimmung
- Ihr Sozialleben
- Sonstiges:

## Welcher der folgenden Patienten ist Ihnen am ähnlichsten?

Einfluss des Pruritus auf die Lebensqualität –  
Self-assessed disease severity (SADS)<sup>6</sup>

### PATIENT A (MILD)

- Ich habe normalerweise keine Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe normalerweise keine Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich normalerweise nicht unruhig oder traurig

### PATIENT B (MODERAT)

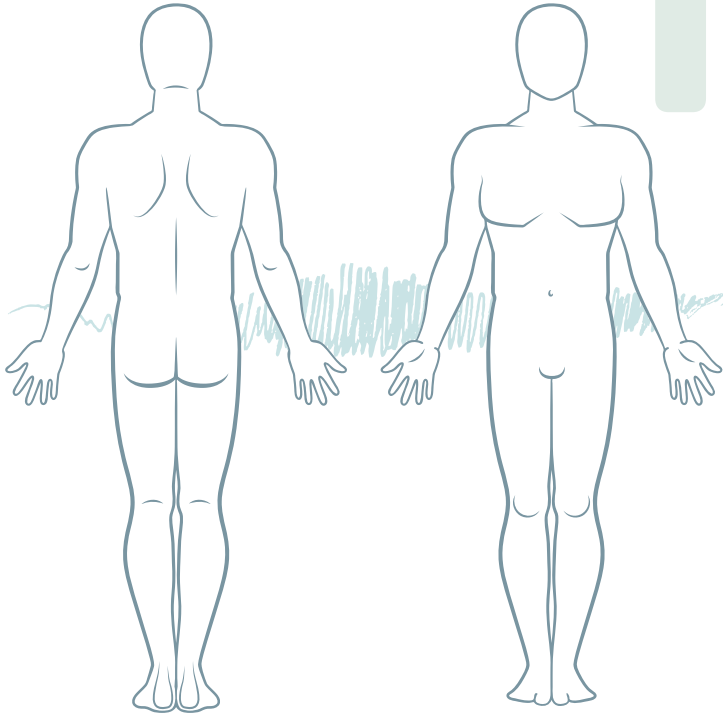
- Ich habe manchmal Kratzspuren auf der Haut
- Ich habe manchmal Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Der Juckreiz macht mich manchmal unruhig oder traurig

### PATIENT C (SCHWERWIEGEND)

- Ich habe oft Kratzspuren auf der Haut, die manchmal bluten oder sich entzünden
- Ich habe oft Schlafprobleme wegen des Juckreizes
- Juckreiz macht mich oft unruhig oder traurig

# WO HAT ES ÜBERALL GEJUCKT?

Markieren Sie bitte die betroffenen Körperteile:



## WICHTIGE FRAGEN

# WICHTIGE FRAGEN, DIE SIE SICH VOR DEM GESPRÄCH MIT IHREM ARZT STELLEN SOLLTEN:

Hier finden Sie einige Fragen, die Sie sich vor dem Gespräch mit Ihrem Arzt stellen sollten. Sie können die Fragen in den vorgesehenen Feldern beantworten und Ihr Tagebuch zu Ihrem nächsten Arzttermin mitnehmen, um Ihr Gespräch zu erleichtern.

Wann hat der Juckreiz begonnen?

.....

Ist mein Juckreiz in den letzten Wochen/Monaten besser oder schlechter geworden?

.....

.....

.....

.....

Welche Bereiche meines Körpers sind betroffen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte zeigen Sie das Juckreiz-Tagebuch Ihrem Arzt und/oder Ihrer Dialyse-Schwester und sprechen Sie über Ihren Juckreiz.

**Besuchen Sie [www.sagwennsjuckt.de](http://www.sagwennsjuckt.de)**

**Mehr erfahren**

Referenzen: 1. Patel, T. S., Freedman, B. I. & Yosipovitch, G. An update on pruritus associated with CKD. Am J Kidney Dis 50, 11-20, doi:10.1053/j.ajkd.2007.03.010 (2007). 2. Verduzco, H. A. & Shirazian, S. CKD-Associated Pruritus: New Insights Into Diagnosis, Pathogenesis, and Management. Kidney Int Rep 5, 1387-1402, doi:10.1016/j.ekir.2020.04.027 (2020). 3. Storck M, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021; 35(5): 1176-1185. 4. Phan NC, et al. Acta Derm Venereol. 2012; 92: 502-7. 5. Verweyen E, et al. Acta Derm Venereol. 2019; 99: 657-66. 6. Mathur VS, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2010; 5: 1410-19.



Vifor Pharma Deutschland GmbH  
Baierbrunner Straße 29  
81379 München  
Tel.: +49 89 324918-600  
Fax: + 4989 324918-601  
[www.viforpharma.de](http://www.viforpharma.de)

DE-NA-2200036 März 2022