



HAUTPRAXIS BREITENBACHPLATZ 8
Dr. Gertraud Kremer
Allergologie, Dermatologie, Lasermedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie haben unsere Praxis mit einer Erkrankung der Haare aufgesucht.
Um Sie umfassend beraten zu können, möchten wir Sie bitten uns bereits im Vorfeld einige wichtige Fragen zu Ihrer Vorgeschichte zu beantworten.

Vorname: _____ **Nachname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Beginn der Haarerkrankung (Tage, Monate, Jahre)? _____

Erstmalig? _____

Frühere Episoden mit Haarausfall? Wenn Ja, wann? _____

Wo ist der Haarausfall am stärksten?

- Stirn Geheimratsecken seitlich hinten
 diffus einzelne kahle Stellen o mehrere kahle Stellen

Bisherige Therapieversuche? Ja Nein

Wenn Ja, womit?

1.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

2.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

3.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

4.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

Fallen Haare auch an anderen Regionen aus? (z.B. Augenbrauen, Wimpern, Bart, Axilla, Schambehaarung)

Wenn Ja, an welchen? _____

Haben Sie auf der Kopfhaut: Juckreiz Rötung Schuppung?

Haben Sie auch Nagelveränderungen? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Heuschnupfen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hausstauballergie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Neurodermitis?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tierhaarallergie?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Asthma bronchiale?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ekzeme?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schuppenflechte?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Knötchenflechte (Lichen ruber)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Blutarmut/ Bluterkrankungen/ Eisenmangelanämien?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nierenerkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis?)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schwere Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Rheuma-Erkrankung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Tumorleiden/Krebserkrankung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Weitere bekannte Erkrankungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Wenn Ja, welche? _____

Familienanamnese:

Gibt es Familienangehörige mit einer ähnlichen Problematik? Vater? Mutter? Geschwister?

Medikamentenanamnese:

Aktuelle Medikamente, wenn Ja, bitte den Namen aufschreiben:

1.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

2.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

3.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

4.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen/ aufgetragen.

Aktuelle Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitamine, Mineralien)?
Wenn Ja, bitte den Namen aufschreiben:

1.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen.

2.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen.

3.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen.

4.: _____

Von _____ bis _____ eingenommen.

Haarkosmetik:

Welche Haarkosmetika verwenden Sie?

Shampoo Haarspülung Haarkur Haarspray/Mousse/Lack/Wachs

Haarwäsche: _____ /Woche

Dauerwelle: _____ /Jahr

Haarfärbung: _____ /Monat

Blondierung: _____ /Monat

Haartönung: _____ /Monat

Ernährung:

Welche Nahrungsmittel essen Sie NICHT? _____

Machen Sie eine Diät? Ja Nein

Wenn Ja, seit wann und welche? _____

Haben Sie nachgewiesene Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Sind Sie Vegetarier, Veganer oder Ähnliches? Ja Nein

Wenn Ja, welche Nahrungsweise? _____

Gynäkologische Anamnese:

In welchem Lebensalter war Ihre erste Regelblutung? _____

Geburten? o Ja o Nein Wie viele? _____ Wann zuletzt entbunden? _____

Dauer des Stillens? _____

Haben Sie vermehrten Haarausfall
nach Schwangerschaft/Stillzeit bemerkt? o Ja o Nein

Ist Ihr Menstruationszyklus regelmäßig? (ca. alle 27 Tage?) o Ja o Nein

Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche? o Ja o Nein

Welche Kontrazeptiva nehmen Sie?

o „Pille“ o Spirale o Ring
o Hormonspitze o Hormonstäbchen

Seit wann? _____

Gynäkologische Operationen?

Welche? _____

Wann? _____

Ab welchem Lebensalter waren Sie in den Wechseljahren? _____

Berlin, den _____

Unterschrift des Patienten