



Haut & Herzlich

Privatpraxis für Dermatologie und Ästhetik

Anamnesebogen zur Haarsprechstunde

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,
bitte nehmen Sie sich kurz Zeit, diesen Fragebogen in Ruhe und vollständig auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Seit wann bemerken Sie den Haarverlust?

Ist der Haarverlust zum ersten Mal aufgetreten? ja nein

Wo ist der Haarverlust lokalisiert?

Gesamter Kopf Stirnregion Mittlere Schädelregion
Schläfenregion Hinterkopf Bartregion

Wie viele Haare verlieren Sie pro Tag? (an einem Waschtage) _____

Verlieren Sie kontinuierlich Haare?

ja nein sporadisch
schubweise zyklusabhängig jahreszeitlich abhängig

Verlieren Sie viele Haare, ohne dass neue nachwachsen? ja nein

Fallen kurze Haare aus? ja nein

Glauben Sie, dass Ihre Haare abbrechen? ja nein

Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Haarverlust? ja nein

Vater Mutter
Vater der Mutter andere Verwandte

Persönliche Anamnese

Leiden Sie unter Stresssituationen?

ja nein

Besteht eine akute Infektion?

ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie eine chronische Erkrankung?

ja nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie Vegetarier:in oder Veganer:in?

ja nein

Sind Ihnen innere Erkrankungen bekannt? (z. B. Diabetes, Nierenerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Krebs)

ja nein

Wenn ja, welche?

Mit welchen Medikamenten werden Sie behandelt?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ist Ihnen eine Eisenstoffwechselstörung bekannt?

ja nein

Wenn ja, wie wird diese behandelt?

Sind Ihnen andere Mangelerscheinungen bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche?

Zink Selen Folsäure
 Vitamin D Vitamin H Vitamin H
 andere

Wie wird die Mangelerscheinung behandelt?

Rauchen Sie?

ja nein

Wie viel Alkohol konsumieren Sie?

Bier Wein andere

Menge pro Tag:

Konsumieren Sie andere Drogen (z. B. Cannabis)?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wann wurde Ihre letzte Laboruntersuchung durchgeführt?

Nehmen Sie weitere Medikamente ein?

Nehmen Sie rezeptfreie Vitamine?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wird bereits eine Behandlung gegen Haarverlust durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wie lange bereits?

Erfolg:

ja nein

Nebenwirkungen:

ja nein

Wenn ja, welche?

Fragen zur Haarpflege

Wie oft waschen Sie Ihre Haare?

Verwenden Sie immer das gleiche Shampoo, die gleiche Pflege?

ja nein

Wenn ja, wie lange schon?

Marke:

Verwenden Sie Haargel oder Haarspray?

ja nein

Wie oft gehen Sie zum Friseur?

Nutzen Sie Färbemittel?

ja nein

Haben Sie eine Haarverlängerung durchführen lassen?

ja nein

Verwenden Sie Lockenstäbe?

ja nein

Haben Sie eine Dauerwelle frisieren lassen?

ja nein

Tragen Sie eine Baseballcap?

ja nein

Tragen Sie mitunter einen streng gebundenen Zopf?

ja nein

Haben Sie eine Haartransplantation durchführen lassen?

ja nein

Wenn ja, wann?

Haben Sie eine Kopfhautpigmentierung durchführen lassen?

ja nein

Wenn ja, wann?

Fragen für weibliche Patientinnen

Sind Hormonveränderungen bekannt?

ja nein

Wurden Ihre Hormone schon mal kontrolliert?

ja nein

Ist Ihre Periode regelmäßig?

ja nein

War Ihre Periode in der Pubertät regelmäßig?

ja nein

Nehmen Sie die Antibabypille?

ja nein

Nehmen Sie ein anderes Hormonpräparat?

ja nein

Wenn ja, welches?

Haben Sie Kinder?

ja nein

Wenn ja, wie viele?

Gingen nach der Geburt Haare aus?

ja nein

Gab es vor drei Monaten ein einschneidendes Ereignis?
(z. B. Operation oder besondere Stresssituation, Jobwechsel)?

ja nein

Hier können Sie uns weitere Informationen mitteilen:

Datum, Unterschrift