

# ÄSTHETIK

## GRENCHEN

### MEDIZINISCHE ÄSTHETIK

## HAARAUFSFALL

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1. Generelle Anamnese

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Ihr Haarausfall kann viele Ursachen haben. Wir benötigen Ihre Unterstützung, um die besten Therapien für Sie zu wählen.

Seit wann besteht der Haarverlust? \_\_\_\_\_

Ist der Haarverlust jetzt erstmals aufgetreten?

Ja    Nein

Wo ist der Haarverlust lokalisiert?

- Gesamter Kopf
- Stirnregion (frontal)
- Mittlere Schädelregion (parietal)
- Schläfenregion (Geheimratsecken, temporal)
- Hinterhaupt (occipital)
- Bartregion

Bitte legen Sie Ihr persönliches Haartagebuch für uns an. Damit wir den Schweregrad Ihres Haarausfalls bestimmen können, müssen wir wissen, wie viele Haare Sie täglich verlieren.

Wie viele Haare gehen Pro Tag aus? \_\_\_\_\_

Gehen die Haare kontinuierlich aus?

Ja    Nein

Gehen die Haare sporadisch aus?

Ja    Nein

Gehen die Haare schubweise aus?

Ja    Nein

Besteht eine Jahreszeitliche Abhängigkeit?

Ja    Nein

Besteht eine Abhängigkeit von dem Zyklus?

Ja    Nein

Wachsen sie nicht mehr nach?

Ja    Nein

Gehen kurze Haare aus?

Ja    Nein

Glauben Sie, die Haare sind abgebrochen?

Ja    Nein

Ist in Ihrer Familie Haarverlust bekannt?

Vater?

Ja    Nein

Mutter?

Ja    Nein

Vater der Mutter?

Ja    Nein

Sonstige Verwandte? \_\_\_\_\_

## 2. Persönliche Anamnese

Leiden Sie unter

Stresssituationen?	Ja	Nein
Besteht eine akute Infektion?	Ja	Nein
Besteht eine chronische Erkrankung?	Ja	Nein
Sind Sie Vegetarier/in oder Veganer/in?	Ja	Nein
Sind innere Erkrankungen bekannt z.B.		
Diabetes?	Ja	Nein
Nierenerkrankung?	Ja	Nein
Schilddrüsenerkrankung?	Ja	Nein
Krebs?	Ja	Nein
Eisenstoffwechselstörung?	Ja	Nein
Andere Erkrankungen, wenn ja – Welche?		

---

Mit welchem Medikament / welchen Medikamenten wird behandelt?

---

---

Sind andere Mangelerscheinungen bekannt?

Wenn ja – Welche?

Vitamin D	Ja	Nein
Vitamin B	Ja	Nein
Vitamin H	Ja	Nein
Folsäure	Ja	Nein
Zink	Ja	Nein
Selen	Ja	Nein
Andere		

Mit welchem Medikament, Nahrungsergänzungsmittel oder rezeptfreien Vitaminen wird behandelt?

---

Rauchen Sie? Ja    Nein

Wieviel Alkohol nehmen Sie in der Woche zu sich?

Bier: \_\_\_\_\_ Wein: \_\_\_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie andere Drogen, z.B. Cannabis? Ja    Nein

Wann wurde die letzte Laborkontrolle durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wie oft waschen Sie ihre Haare?	<hr/>	
Benutzen Sie immer dasselbe Shampoo?	Ja	Nein
Wie lange schon?	<hr/>	
Benutzen Sie Haargel oder Haarspray?	Ja	Nein
Wie häufig gehen Sie zum Friseur?	<hr/>	
Nutzen Sie Färbemittel?	Ja	Nein
Haben Sie Haarverlängerungen durchführen lassen?	Ja	Nein
Nutzen Sie Lockenstäbe?	Ja	Nein
Lassen Sie eine Dauerwelle frisieren?	Ja	Nein
Tragen Sie eine Baseball-Cap?	Ja	Nein
Tragen Sie mitunter einen streng gebundenen Schopf?	Ja	Nein
Wird bereits eine Behandlung gegen Haarverlust durchgeführt?	Ja	Nein
Wenn ja – Welche? _____		
Wie lange schon? _____		
Erfolg?		
Nebenwirkungen? Wenn ja, welche? _____		
_____		

Zusätzliche Fragen für weibliche Patienten:

Haben Sie Kinder?	Ja	Nein
Wenn ja, wie viele?	<hr/>	
Gingen nach der / den Geburten die Haare aus? Ja Nein		
Sind Hormonveränderungen bekannt?	Ja	Nein
Sind die Hormone schon mal kontrolliert worden?	Ja	Nein
Ist die Periode regelmäßig?	Ja	Nein
War sie auch schon in der Pubertät regelmäßig?	Ja	Nein
Wird eine Anti-Baby-Pille eingenommen?	Ja	Nein
Wird ein anderes Hormonpräparat eingenommen?	Ja	Nein
Wenn ja -> warum und Medikamentenname		