



**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