

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Je genauer Sie Ihre Angaben machen, desto genauer können wir Ihre Behandlung planen. Bitte beachten Sie, dass Falschangaben im Falle einer Operation zu gesundheitlichen Schäden führen könnten.

Notizen des Arztes

Vorname

Nachname

Straße & Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

Telefonnummer

Mobilfunknummer

Emailadresse

Skypename

Beruf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internetsuche ☐ Forum ☐ Empfehlung von _____

In welchem Alter hat Ihr Haarverlust begonnen?

- ☐ Ich leide nicht unter Haarausfall
☐ 15-19 Jahre
☐ 20-24 Jahre
☐ 25-29 Jahre
☐ 30-39 Jahre
☐ 40-xx Jahre
☐ Ich weiß es nicht

Wie schnell verlieren Sie Ihre Haare zurzeit?

- ☐ Kein Verlust
☐ Langsam
☐ Mäßig
☐ Schnell
☐ Sehr schnell
☐ Ich weiß es nicht

Wenden Sie Medikamente mit dem Wirkstoff Finasterid (z.B. Propecia) an?

- ☐ Nein, nie angewendet
- ☐ Nein, nicht mehr seit _____
- ☐ Ja, Anwendung seit _____

Wenden Sie Medikamente mit dem Wirkstoff Minoxidil (z.B. Regaine) an?

- ☐ Nein, nie angewendet
- ☐ Nein, nicht mehr seit _____
- ☐ Ja, Anwendung seit _____

Nehmen Sie zurzeit weitere Medikamente ein (z.B. Aspirin)?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, und zwar (Name/Dosis):
- _____
- _____
- _____

Welche bedeutsamen medizinischen Fakten möchten Sie uns noch mitteilen?
















Bereits erfolgte Eingriffe:

	Jahr	Anzahl FUs	Arzt oder Klinik
1. Eingriff	_____	_____	_____
2. Eingriff	_____	_____	_____
3. Eingriff	_____	_____	_____
4. Eingriff	_____	_____	_____

Beschreiben Sie bitte kurz, was Sie sich von einer Haartransplantation erhoffen:

Wie sieht der Haarverlust in Ihrer Familie aus?

Bitte schauen Sie sich die abgebildete Skala genau an und kennzeichnen Sie anschließend bestmöglich den zutreffenden Status für Ihre Familienmitglieder. Es ist von großer Bedeutung, dass Sie sich mit der Recherche des Haarausfalls innerhalb Ihrer Familie ernsthaft auseinandersetzen. Ihre Recherche erlaubt uns Rückschlüsse auf den Verlauf, den Ihr Haarausfall nehmen kann. Nutzen Sie, wenn nötig, Familienfotos.

1 	3V 	6 
2 	4 	7 
2a 	4a 	Gr. 1 
3 	5 	Gr. 2 
3a 	5a 	Gr. 3 

<input checked="" type="radio"/> Großvater <input type="radio"/> Großmutter	<input type="radio"/> Onkel / Tante <input type="radio"/> Onkel / Tante	<input type="radio"/> Bruder <input type="radio"/> Bruder
<input checked="" type="radio"/> Großvater <input type="radio"/> Großmutter	<input checked="" type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Sie
<input checked="" type="radio"/> Großvater <input type="radio"/> Großmutter	<input type="radio"/> Onkel / Tante <input type="radio"/> Onkel / Tante	<input type="radio"/> Schwester <input type="radio"/> Schwester

Wenn Sie einen persönlichen Beratungstermin haben, bringen Sie den Fragebogen bitte vollständig ausgefüllt und ausgedruckt zu Ihrem Beratungstermin mit. Für Ihre Skypeberatung halten Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bereit.

Datum, Unterschrift