



Fragebogen für die dermatologische Haarsprechstunde

Allgemeine Informationen

1. **Name:** _____
2. **Geburtsdatum:** _____
3. **Geschlecht:**
 - Männlich
 - Weiblich
 - Divers
4. **Kontaktinformationen:**
 - Telefon: _____
 - E-Mail: _____

Medizinische Vorgeschichte

5. **Haben Sie in Ihrer Familie Fälle von Haarausfall oder Haarproblemen?**
 - Ja
 - Nein
 - Wenn ja, bei wem? _____
6. **Haben Sie bereits eine Diagnose für Ihre Haarprobleme erhalten?**
 - Ja
 - Nein
 - Wenn ja, welche? _____
7. **Leiden Sie an chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen)?**
 - Ja
 - Nein
 - Wenn ja, welche? _____
8. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch Tinkturen gegen Haarausfall) ?**
 - Ja
 - Nein
 - Wenn ja, welche? _____



Aktuelle Haarprobleme

9. Seit wann haben Sie Haarprobleme?

- Weniger als 6 Monate
- 6 Monate bis 1 Jahr
- Mehr als 1 Jahr

10. Wie würden Sie Ihre Haarprobleme beschreiben?

- Haarausfall
- Dünner werdendes Haar
- Bruchanfälliges Haar
- Juckende oder schuppige Kopfhaut
- Andere: _____

11. Betreffen die Probleme bestimmte Bereiche der Kopfhaut?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, welche? _____

Lebensstil und Ernährung

12. Rauchen Sie?

- Ja
- Nein

13. Konsumieren Sie Alkohol?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, wie oft? _____

14. Wie oft waschen Sie Ihr Haar?

- Täglich
- Mehrmals pro Woche
- Wöchentlich



15. Welche Haarpflegeprodukte verwenden Sie?

- Shampoo: _____
- Conditioner: _____
- Andere: _____

Ernährung

16. Haben Sie in letzter Zeit signifikante Änderungen in Ihrer Ernährung vorgenommen?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, welche? _____

17. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?

- Ja
- Nein
- Wenn ja, welche? _____

Zusätzliche Informationen

18. Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?
