

Erhebungsbogen für die Diagnose „Androgenetische Alopezie“

1. Anamnese

Alter	_____ Jahre	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
Geschlecht			
Erste Anzeichen von Haarverlust	Alter _____ Jahre		
Verlauf des Haarverlustes	<input type="radio"/> akut		
	<input type="radio"/> chronisch-schubweise		
	<input type="radio"/> chronisch-dauernd		
Zunehmender Haarverlust?	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> nein	
	<input type="radio"/> heftig	<input type="radio"/> nein	
	<input type="radio"/> diffus	<input type="radio"/> nein	
	<input type="radio"/> lokal		
Juckreiz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Schuppen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Schmerzende Kopfhaut (Trichodynia)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Familiäre Disposition: AGA	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Begleiterkrankungen (chronisch, autoimmun, neu diagnostiziert, zeitlich in Verbindung mit Haarverlust aufgetreten)	<input type="radio"/> Mutter/mütterlicherseits	<input type="radio"/> Vater/väterlicherseits	
Vorangegangene Operation			
ERNÄHRUNGSVERHALTEN:			
Streng vegetarisch	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Crash-Diät oder Essstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Bedeutender Gewichtsverlust > 5–10 Kg	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Gewicht	_____ kg		
Größe	_____ cm		
Medikamenten-Historie (z. B. Pro-Androgene, Schilddrüsentherapie, Antiepileptika, Beta-Blocker, Chemotherapie, Nahrungsergänzungsmittel)			
Raucher/Raucherin	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
NUR BEI FRAUEN			
Menstruationszyklus	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> abnormal	
Menopause	seit _____		
Oligomenorrhöea (unregelmäßige, leichte Menstruation)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Amenorrhöea (ausbleibende Menstruation)	<input type="radio"/> ja, seit _____	<input type="radio"/> nein	
Hormonelle Verhütung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Hormonersatz-Therapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Fruchtbarkeitsbehandlung – wenn ja, bitte spezifizieren (Medikament und Dauer)	<input type="radio"/> ja _____	<input type="radio"/> nein	
Erfolgreiche und erfolglose Schwangerschaften			
Übermäßiger Haarwuchs (Gesicht und/oder Körper)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Hautveränderungen (Akne)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Seborrhö (Haut/Kopfhaut)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
BEI KINDERN/JUGENDLICHEN			
Haarverlust	<input type="radio"/> angeboren	<input type="radio"/> erworben	
Pubertätsanzeichen – wenn ja, in welchem Alter	<input type="radio"/> ja _____. Alter	<input type="radio"/> nein	
	<input type="radio"/> entsprechend	<input type="radio"/> verfrührt	