

Erhebungsbogen für die Diagnose „Androgenetische Alopezie“

1. Anamnese

Alter	_____ Jahre	
Geschlecht	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> weiblich
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	
Zunehmende Ausdünnung des Haares?	<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
	<input type="radio"/> Mutter/mütterlicherseits	<input type="radio"/> Vater/väterlicherseits
Begleiterkrankungen (chronisch, autoimmun, neu diagnostiziert, zeitlich in Verbindung mit Haarverlust aufgetreten)	_____	
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, Schilddrüsen-therapie, 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 _____	
Oligomenorrhoe (unregelmäßige, leichte Menstruation)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Amenorrhoe (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"/> verfrüht