

Dr. med. Uwe Schwichtenberg
Hautarzt - Allergologie
Kaffeestraße 2
28779 Bremen-Blumenthal

Fon: 04 21 / 60 10 66
Fax: 04 21 / 600 71 39
e-Mail: info@dr-schwichtenberg.de
Internet: www.derma-nord.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie möchten einen Termin in unserer privatärztlichen Haarsprechstunde vereinbaren.
Die Sprechstunde findet in der Derma Nord, Kaffeestraße 2 in 28779 Bremen
donnerstagnachmittags statt. Telefon-Nr.: 04 21 / 60 10 66

Bitte tragen Sie die folgenden Angaben ein:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geb. Datum: _____ **PLZ und Ort:** _____

Straße und Hausnummer: _____

Telefonnummer: _____

Ihr Wunschtermin: _____

Bitte senden Sie diese drei Seiten (den Anmeldungsbogen, die Kostenvereinbarung und den Haarfragebogen) ausgefüllt per Post zurück an Derma Nord, Kaffeestraße 2 in 28779 Bremen zurück. Daraufhin wird Ihnen der Termin telefonisch von uns bestätigt.

Dr. Uwe Schwichtenberg

Dr. med. Uwe Schwichtenberg
Hautarzt - Allergologie
Kaffeestraße 2
28779 Bremen-Blumenthal

Fon: 04 21 / 60 10 66
Fax: 04 21 / 600 71 39
e-Mail: info@dr-schwichtenberg.de
Internet: www.derma-nord.de

Einverständnis für die Kostenübernahme der Haarberatung

Die Kosten der Haarberatung betragen üblicherweise 88,01 EUR. Falls erforderlich, kommen zusätzliche Kosten für Laboruntersuchungen, Haaranalyse und /oder feingewebliche Untersuchungen hinzu. Eine Erstattung der Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse ist nicht möglich. Sie erhalten von uns eine Rechnung.

Hiermit bestätige ich,

.....,
(Name in Druckbuchstaben)

dass ich ausführlich über die Kosten für die Haarberatung durch Derma Nord Bremen aufgeklärt wurde.

Ich bin damit einverstanden und werde die Kosten der Haarberatung selber tragen, da diese nicht von der gesetzlichen Krankenkassenversicherung übernommen werden.

Sollte ich den Termin nicht einhalten können, bin ich verpflichtet, spätestens 5 Tage vorher abzusagen. Falls dies nicht geschieht, wird eine Gebühr von 50,00 Euro als Ausfallhonorar fällig.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und akzeptiere diese Bedingungen.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Haarausfall-Fragebogen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beschreiben Sie kurz den Verlauf Ihres Haarausfalls (Beginn, Verlauf, jahreszeitliche Schwankung, vermutete Auslöser, Brüchigkeit der Haare?, Veränderungen der Nägel?)

An welchen Stellen fallen die Haare aus?

- Geheimratsecken Oberkopf „Tonsur“ am oberen Hinterkopf
 diffus andere Stellen _____

Gibt es Verwandte (Eltern, Geschwister etc.), die auch unter Haarausfall leiden? Wenn ja:

Welche und in welcher Form? _____

Sind bisher schon Behandlungen des Haarausfalls durchgeführt worden? Wenn ja: Welche und mit welchem Erfolg? _____

Erkrankungen und Medikamente (nutzen Sie ggf. die Rückseite)

- Eisenmangel Schilddrüsenerkrankung Akne Diäten in den letzten 12 Monaten
 Grunderkrankungen: _____
 akute Erkrankungen in den letzten 12 Monaten oder Operationen:

Dauermedikamente: _____

Akut-Medikamente in den letzten 12 Monaten (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Betäubungen):

Leiden Sie zur Zeit oder bereits seit längerem unter Stress privater oder beruflicher Natur?

Wann war die letzte Blutentnahme? (bitte die Befunde mitbringen) _____

Geben Sie einen kurzen Überblick über Haarpflegemaßnahmen oder Kosmetika:

- Haarwäsche _____ mal pro Woche Haarspray _____ mal pro Woche
 Dauerwelle _____ mal pro Jahr Wann zuletzt? _____
 Haarfärbung _____ mal pro Jahr Wann zuletzt? _____
 Haartönung _____ mal pro Jahr Wann zuletzt? _____
 Blondierung _____ mal pro Jahr Wann zuletzt? _____

Für Frauen: Schwangerschaft in der _____ SSW Entbunden am: _____

Zyklusunregelmäßigkeiten Pille abgesetzt am: _____ (Präparat: _____)

Pille gewechselt am: _____ von _____ auf _____

Pille begonnen am: _____ Unerwünschter Haarwuchs an folgenden Stellen:
