

Dr. med. Uwe Schwichtenberg  
Hautarzt - Allergologie  
Gerhard-Rohlfs-Str. 16A  
28757 Bremen-Vegesack

Fon: 04 21 / 66 32 82  
Fax: 04 21 / 2476079  
e-Mail: [info@dr-schwichtenberg.de](mailto:info@dr-schwichtenberg.de)  
Internet: [www.derma-nord.de](http://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, Gerhard-Rohlfs-Str. 16A in 28757 Bremen montags  
vormittags und donnerstags nachmittags statt. Telefon-Nr.: 04 21 / 66 32 82

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, Gerhard-Rohlfs-Str. 16A in  
28757 Bremen zurück. Daraufhin wird Ihnen der Termin telefonisch von uns bestätigt.

Dr. Uwe Schwichtenberg

Dr. med. Uwe Schwichtenberg  
Hautarzt - Allergologie  
Gerhard-Rohlf's-Str. 16A  
28757 Bremen-Vegesack

Fon: 04 21 / 66 32 82  
Fax: 04 21 / 2476079  
e-Mail: [info@dr-schwichtenberg.de](mailto:info@dr-schwichtenberg.de)  
Internet: [www.derma-nord.de](http://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:

---