

**HAARTRANSPLANTATION
FORMULAR**

Vorname Name : _____

Alter : _____

Geschlecht : _____

Beruf : _____

Adresse/Wohnort : _____

Telefon : _____

E-mail : _____ @ _____

Wie kamen Sie auf uns? : _____

LEBENS LAUF

Rauchen sie? : _____

Alkohol : _____

Welche Medikamente nehmen sie? : _____

Haben sie allergie gegen _____

Medikamente oder anasthesie? : _____

Hatten sie Operation? : _____

Haben sie krankheiten? _____

Haben sie spuren? (Mit haare) : _____

Background : _____

Haarausfall in der Familie? : _____

UNTERSUCHUNG DER HAARE

Seit wann haben sie haareusfall? _____

Was sind die ursachen des haarausfalls? _____

Hatteb sie bis jetzt behandlungen? _____

Empfohlene behandlung _____

Datum: ____/____/____

