Haarausfall Fragebogen

Leiden Sie zum 1. Mal an Haarausfall?

⃝ Ja ⃝ Nein

 Mögen Sie Ihre Haare?

 ⃝ Ja ⃝ Nein

 Welche Gedanken und Gefühle haben Sie gegenüber Ihren Haaren?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Wie viele Haare fallen Ihnen täglich aus?

 Bis zu: ⃝ 50 ⃝ 100 ⃝ Mehr ⃝ ich weiß nicht

Wo werden die Haare weniger?

⃝ vorne ⃝ hinten ⃝ oben ⃝ an den Seiten ⃝ überall

 In welchem Zustand ist Ihre Kopfhaut?

⃝ gesund ⃝ empfindlich ⃝ angespannt ⃝ hat Schuppen ⃝ juckt

 Wie oft Bürsten/massieren Sie Ihre Haare/Kopfhaut?

 In welchem Zustand sind Ihre Haare?

⃝ glänzend und kräftig ⃝ fein und brüchig ⃝ stumpf und rau ⃝ dünn und flaumig ⃝ große Längenunterschiede durch abbrechen ⃝ gespaltene Spitzen (Spliss) ⃝ fettig und strähnig ⃝ trocken und spröde ⃝ fettige Schuppen ⃝ trockene Schuppen

Was tun Sie, wenn Sie Ihre Haare waschen?

⃝ ich reibe meine Haare kräftig trocken ⃝ ich föhne Sie ⃝ ich lasse sie an der Luft trocknen ⃝ anderes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie behandeln Sie Ihre Haare?

⃝ ich färbe sie/habe Strähnen ⃝ ich habe eine Dauerwelle ⃝ ich habe Pferdeschwanz/Zöpfe/Steckfrisur ⃝ nichts davon

Wie pflegen Sie Ihre Haare?

⃝ ich mache regelmäßig Packung oder Spülung ⃝ ich betreibe keine spezielle Haarpflege

Tragen Sie Kopfbedeckungen wie Hüte oder Perücke?

⃝ Ja ⃝ Nein

Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft fühlen Sie sich unwohl, sind erkältet, haben Kopf-oder Bauchschmerzen?

Sind Sie schwanger, oder waren Sie in den letzten 2 Jahren schwanger?

⃝ Ja ⃝ Nein

Erleben Sie gerade natürliche hormonelle Veränderungen?

⃝ Nein ⃝ Ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Welche Erfahrungen haben Sie damit?

⃝ Nein ⃝ Ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

 ⃝ Nein ⃝ Ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Führen Sie bitte alle Operationen, Erkrankungen, einschl. Zahnprobleme auf an denen Sie leiden:

Keine ⃝

Sind oder waren Sie Strahlung, Chemotherapie, Antikörper, etc. ausgesetzt

⃝ Nein ⃝ Ja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihren Stresslevel ein?

⃝ hoch ⃝ mittel ⃝ niedrig ⃝ kein Stress

Was tun Sie, um Stress in Ihrem Leben auszugleichen?

⃝ Sport treiben ⃝ meditieren ⃝ Musik hören ⃝ Natur genießen

 ⃝ Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist in der letzten Zeit etwas passiert, das Ihren Stresslevel angehoben hat?

⃝ Tod einer nahestehenden Person ⃝ Umzug ⃝ Trennung vom Partner

 ⃝ Anderes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quelle: „Nie mehr Haarausfall“, Linda Deslauriers

„Haarausfall natürlich heilen“, Brigitte Hamann