

# OVIMED DIAGNOSEBLATT

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

## SO EMPFINDE ICH MEINE KOPFHAUT

Haarausfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Störung des Haarwachstums	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
falls ja, eventuelle Beschreibungen dazu		
_____		
<input type="checkbox"/> Schuppen	<input type="checkbox"/> fettende Kopfhaut	<input type="checkbox"/> trockene Kopfhaut
<input type="checkbox"/> entzündete Kopfhaut	<input type="checkbox"/> Juckreiz	<input type="checkbox"/> Sonstiges



## SO EMPFINDE ICH MEINE HAARE

<input type="checkbox"/> fein	<input type="checkbox"/> ohne Spannkraft	<input type="checkbox"/> brüchig
<input type="checkbox"/> chemisch behandelt	<input type="checkbox"/> strapaziert	<input type="checkbox"/> sehr strapaziert
<input type="checkbox"/> lange Haare	<input type="checkbox"/> trocken und glanzlos	<input type="checkbox"/> Sonstiges

## FOLGENDE HAUTPROBLEME HABE ICH




## FREIWILLIGE ANGABEN

Ernähren Sie sich gesund und ausgewogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie viel Stress?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche		
_____		
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Darmprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Schilddrüsenprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Pilze bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Amalgam-Zahnfüllungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in den Wechseljahren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	_____	
_____		

