Patientskema forud for medicinsk hårtabsbehandling

Vær opmærksom på at alle 3 sider skal udfyldes.

Når du har udfyldt og underskrevet spørgeskemaet, returneres spørgeskemaet til mail@knapmd.com

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personoplysninger** | | | |  | | | |
|  | Fulde navn (BLOKBOGSTAVER) | | | Fornavn Efternavn | | | |
|  | Fødselsdato (fx 14-01-1979) | | | dag / måned / årstal | | | |
|  | E-mail | | |  | | | |
|  | Tlf.nr. | | |  | | | |
|  | Adresse | | |  | | | |
|  | By & postnr. | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
| **Medicinsk anamnese** | | | |  | | | |
| 1 | Allergier overfor lægemidler | | | ja  nej | | | |
|  | Hvis ja,   * Hvilke reaktioner oplevede du? | | |  | | | |
|  | * Har den allergiske reaktion forårsaget indlæggelse? | | | ja  nej | | | |
| 2 | Nuværende eller tidligere sygdomme (fx stofskiftelidelse, sukkersyge m.fl.) | | | ja  nej | | | |
|  | Hvis ja,   * Hvilke sygdomme | | |  | | | |
| 3 | Har du nogen psykiske sygdomme og/eller er du/har du tidligere været i behandling for psykisk sygdom, herunder depression eller andre psykiske lidelser? | | | ja  nej | | | |
|  | Hvis ja,   * Hvilke psykiske sygdomme? | | |  | | | |
|  | * Hvilke(n) behandling(er) har du modtaget for psykisk sygdom? | | |  | | | |
| 4 | Er du bekendt med, at du har nedsat/forringet sædkvalitet? | | | ja  nej | | | |
| 5 | Har du ønske om at få (flere) børn aktuelt eller i fremtiden? | | |  | | | |
| 6 | Har du aktuelt eller tidligere haft en kræftsygdom? | | | ja  nej | | | |
|  | Hvis ja,   * Anfør hvilke(n) | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
| **Medicin** | | | |  | | | |
| 7 | Tager du medicin fast eller efter behov (fx ibuprofen m.v.)?  Hvis ja, anfør medicinens navn, styrke og daglig dosis: | | | Medicinnavn | mg | Dgl. dosis (stk.) | Behovs-medicin (sæt x) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 8 | Tager du nogen former for kosttilskud (fx fiskeolie og vitaminer)? | | | ja  nej | | | |
|  | Hvis ja,   * anfør hvilke: | | |  | | | |
| **Sygehistorie vedrørende hårtab** | | | |  | | | |
| 9 | Er der en eller flere i din nære familie, der har hårtab (førstegradsslægtninge eller 2. gradsslægtninge) | | | ja  nej | | | |
|  | Hvis ja,   * hvor udtalt er/var deres hårtab? | | | høje tindinger  høje tindinger og måne (udtynding af kronen)  næsten helt skaldet  ved ikke | | | |
| 10 | Er du eller har du tidligere været i behandling for hårtab? | | | ja  nej | | | |
|  | Hvis ja,   * anfør hvilke(n) behandling(er), du har forsøgt | | | 1)  2)  3)  4) | | | |
|  | * hvad var din oplevelse af effekten på dit hårtab af behandling(erne)? | | |  | | | |
| 11 | Hvor længe har du døjet med hårtab? | | | antal år | | | |
| 12 | Har du indtryk af, at udviklingen i dit hårtab er begyndt at gå i stå de seneste 2 år? | | | ja  nej | | | |
| 13 | Ønsker du en bestemt behandling? | | | nej  PRP (platelet rich plasma)  Finasterid som piller  Hårprodukt  Mesoterapi  Anden behandling | | | |
|  |  |  | | | | | |
| **Patienttilkendegivelse** | | | |  | | | |
|  | De oplysninger, jeg har oplyst, er efter min bedste overbevisning korrekte.  Jeg har ikke forsætteligt tilbageholdt medicinske eller helbredsoplysninger.  Jeg accepterer, at jeg skal oplyse min  behandler om eventuelle ændringer i mit  medicinforbrug eller angående mit  helbred. | | | ja  nej | | | |
|  | Jeg er indforstået med, at der kan opstå bivirkninger til medicinsk hårtabsbehandling, som undertiden kan være varige, at.mit hårtab kan være vanskeligt at behandle, og at der ikke kan gives nogen garantier for, at jeg får et resultat ligesom før mit hårtab begyndte eller at behandlingen overhovedet virker på mit hårtab.  For at opnå det ønskede resultat kan det være nødvendigt at give supplerende behandlinger med samme eller andre terapiformer. Ej heller her er det muligt at give nogen garanti for et vellykket resultat, der lever op til mine forventninger. | | | ja  nej | | | |
|  | Dato (dg/md/år): dag / måned / årstal  Din underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FOTO VEDHÆFTES ENTEN NEDENFOR ELLER SEPARAT I MAIL** | | | | | | |
| **Vedhæftet foto af dit hårtab** | | | |  | | | |
|  | *Skal vedhæftes ved valg af* ***online konsultation****.* | | | | | | |
|  | ***Forfra:***  ***[Eksempel]*** | |  | | | | |
|  | ***Forfra-oppefra:***  ***[Eksempel]*** | |  | | | | |
|  | ***Bagfra-oppefra:***  ***[Eksempel]*** | |  | | | | |