



Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Wann war Ihre letzte Hautkrebsvorsorge?

Hatten Sie schon einmal Hautkrebs? Falls ja, wann und an welcher Stelle?
Wie wurde behandelt?

Leidet ein blutsverwandtes Familienmitglied an Hautkrebs?
Falls ja, wer und in welcher Form?

Wie viele Sonnenbrände hatten Sie schon in Ihrem Leben?

Nutzen Sie Sonnencreme? Falls ja, welchen Lichtschutzfaktor (LSF) hat sie?

Tragen Sie in der Sonne eine Kopfbedeckung?	ja	nein
---	----	------

Tragen Sie in der Sonne eine Sonnenbrille?	ja	nein
--	----	------

Tragen Sie in der Sonne einen Lippenchutz mit LSF?	ja	nein
--	----	------

Rauchen Sie? Falls ja, seit wann und wie viele Zigaretten pro Tag?

Ist Ihnen ein verändertes Muttermal (größer, dunkler, juckend, blutend usw.) oder eine andere Hautveränderung aufgefallen? Falls ja, seit wann und an welcher Stelle?

Ausgefüllt am _____