



Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Tel. priv.: _____ Tel. gesch.: _____ Mobil: _____
 Beruf: _____ E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Lebensumstände/Ernährungsverhalten

Wie viel trinken Sie täglich (außer Genußmittel)? _____
 Wie viele Mahlzeiten am Tag nehmen Sie ein? _____
 Haben Sie Gewichtsprobleme? _____
 Sind Sie Raucher ja nein Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____
 Wo halten Sie sich am Tag vermehrt auf? im Freien in geschlossenen Räumen
 Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein Welche Sportart? _____
 Welche Hobbys haben Sie außerdem? _____
 Fliegen Sie viel? ja nein Wenn ja, circa _____ Flüge pro Jahr

Gesundheitszustand

Rosazea Schuppenflechte Ekzeme Nesselsucht (Urtikaria) Neurodermitis Heuschnupfen
 Allergien, wenn ja, welche _____

Kreislaufprobleme (Hypotonie) häufig auftretende Migräne/Kopfschmerzen Schilddrüsenüber bzw. -unterfunktion
 Bluthochdruck (Hypertonie) Magen-/Darmprobleme (Reizdarm, Völlegefühl, Blähungen, Verstopfung)
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wenn ja, welche _____

Hepatitis HIV Diabetes
 Blutgerinnungsstörungen Bronchialasthma Krebs
 Nierenfunktionsstörungen Epilepsie Krampfadern

Neigen Sie zu Narbenkloiden? ja nein
 Haben Sie ein Implantat (z.B. Insulinpumpe, Herzschrittmacher, Metallimplantat, Zahnimplantat)? ja nein

Hormonstatus

Sind Sie schwanger? Stillen Sie gegenwärtig? Haben Sie Zyklusschwankungen? Sind Sie in den Wechseljahren?
 Verwenden Sie Hormonpräparate? Wenn ja, welche: Pille Stäbchen Hormonspirale Ring

Selbsteinschätzung der Haut

Reagiert Ihre Haut sensibel auf Kosmetika Temperaturreize Alkohol scharfe Speisen
 Reagiert Ihre Haut empfindlich auf Sonne? ja nein
 Wenn ja, übersensibel mit Allergie mit Pigmentverschiebung stets mit Sonnenbrand
 Ist Ihre Haut eher fettig trocken empfindlich
 Wir beurteilen Sie Ihre Porengröße groß normal fein
 Wie beurteilen Sie die Festigkeit Ihrer Gesichtskontur? bin zufrieden bin unzufrieden, weil _____
 Hatten Sie während der Pubertät Akne? ja nein
 Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Hautzustand ein? bin zufrieden bin unzufrieden, weil _____

Medikamente

- homöopathische Mittel
 lichtsensibilisierende Medikamente
 Abführmittel
 Kortikoide
 Antibiotika
 Stimmungsaufheller (Antidepressiva)
 blutverdünnende Medikamente (z.B. Aspirin)
 Vitamin A Präparate / Isotretinoin (in den letzten 8 Monaten)

Welche Ernährungsgewohnheiten treffen auf Sie zu?

- vorwiegend kohlenhydratreiche Kost
 gerne zuckerhaltige Getränke und Naschereien
 Nahrungsergänzungsmittel & Enzyme
 hoher Anteil an Milchprodukten
 viel histaminreiche Kost (z.B. Fleisch, Fisch)

Medizinische Behandlungen und Eingriffe

Verfahren	Grund	Häufigkeit	letzte Anwendung
Chemisches Peeling			
Filler (z.B. Hyaluron)			
Fadenlifting			
Blitzlampentechnologie (IPL, LHE)			
Laser			
Lifting o. ästhetische Operation			
Radiofrequenz			
fokussierter Ultraschall			
Strahlen- oder Chemotherapie			
Sonstiges			

Heimpflege · Bitte tragen Sie Ihre Pflegeprodukte ein, die Sie gegenwärtig verwenden:

Produkt	Produktname	Anwendungshäufigkeit
Reinigung		<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends
Tonic		<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends
Augen Make-up Entferner		<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
Augenpflege		<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends
Tagespflege		<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
Nachtpflege		<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
Konzentrat		<input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie
Maske		<input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> häufiger
Peeling		<input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> häufiger
Sonnenschutz		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann
Make-up oder Puder		<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> für besondere Anlässe

Bräunungsmittel/Bräunungsverfahren

- Verwenden Sie regelmäßig Selbstbräuner? ja nein Wann waren Sie zuletzt in der Sonne oder im Solarium? _____
 Bräunen Sie sich regelmäßig im Solarium? ja nein Wenn ja, wie oft _____

Kundenerwartung und Behandlungsziel

Mit welchen Erwartungen und Wünschen sind Sie zu mir gekommen? _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden

- Empfehlung durch _____ Internet Branchenbuch Zeitung / Zeitschrift Flyer
 Sonstiges _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____