



## 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 \_\_\_\_\_