

Persönlicher Hautanalysebogen

Ich freue mich, Sie in allen kosmetischen Fragen beraten zu dürfen. Schenken Sie mir einige Minuten Ihrer Zeit, damit ich Sie und Ihre Haut kennenlernen und für Sie das optimale Pflege- und Behandlungskonzept zusammenstellen kann. Die nachstehenden Informationen werden vertraulich behandelt und nur betriebsintern zur Dokumentation verwendet.

I. Persönliche Angaben

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnummer / Mobiltelefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtsdatum _____

Weiblich Männlich

II. Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf mein Institut aufmerksam geworden?

Welche Kosmetikprodukte benutzen Sie zurzeit (bitte Markennamen angeben)?

Wie lange nutzen Sie die Produkte schon?

Was ist Ihnen an der Pflege wichtig?

III. Persönliches Ziel

Was stört Sie an Ihrer Haut?

Was möchten Sie an Ihrem Hautbild verbessern?

IV. Bestimmung des Hauttyps & Hautzustandes

Wie fühlt sich Ihre Haut nach der Gesichtereinigung an?

- Die Haut spannt nach der Reinigung
- An Stirn, Nase und / oder Kinn glänzt die Haut
- Die Haut fühlt sich normal an
- Die Haut ist gerötet und empfindlich

Hauttrockenheit – Welche Aussagen treffen auf Ihre Haut zu?

- Die Haut spannt und ist trocken, wenn ich nicht creme
- Die Haut spannt und fühlt sich tagsüber trocken an – auch wenn ich morgens und abends creme, ist nachcremen erforderlich
- Die Haut ist nur im Winter trocken

Hautfett– Welche Aussagen treffen auf Ihre Haut zu?

- Die Haut ist den ganzen Tag über fettig und glänzend
- Die Haut ist an Stirn, Nase und Kinn fettig und im Bereich der Wangen eher trocken
- Die Haut ist nur im Sommer fettig
- Meine Haut zeigt keinen Glanz

Rötungen – Empfindlichkeit - Welche Aussagen treffen auf Ihre Haut zu?

- Meine Haut neigt zu Rötungen
- Auf meiner Haut sind dauerhaft Rötungen sichtbar
- Auf meiner Haut sind dauerhaft rote Äderchen sichtbar
- Meine Haut juckt, spannt oder brennt
- Meine Haut zeigt keine Rötungen

V. Hautzustand

Hautelastizität (Hauttonus) - Welche Aussagen treffen auf Ihre Haut zu?

- Die Gesichtshaut sieht prall und frisch aus
- Die Gesichtshaut zeigt keine Faltenbildung
- Die Gesichtshaut zeigt erste Linien und Fältchen
- Die Gesichtshaut zeigt sichtbare Faltenbildung
- Die Gesichtshaut sieht müde und fahl aus

Hautmerkmale – Weißt Ihre Haut einige der folgenden Merkmale auf?

- Mitesser / Unreinheiten
- Pickel
- Entzündungen
- Rötungen, Äderchen
- Pigmentflecken
- Sonstiges: _____

VI. Medizinische Vorgeschichte

Sind Sie schwanger?

- ja nein

Stillen Sie?

- ja nein

Nehmen Sie die Pille oder Hormonpräparate?

- ja nein

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsprobleme:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herzproblem |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufproblem | <input type="checkbox"/> Venenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hormonschwankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenproblem | <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Halswirbelproblem | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenverletzung | <input type="checkbox"/> Phobie/Psychose |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hämophilie |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B oder C | | |
| <input type="checkbox"/> Nicht benanntes Problem: | | |
-

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie irgendwelche Allergien?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Hauterkrankungen?

- Neurodermitis (atopische Dermatitis)
 Schuppenflechte (Psoriasis)
 Rosazea
 Periorale Dermatitis
 Akne
 Ekzeme
 Keine der genannten

Sonstiges: _____

Liegen bei Ihnen Unverträglichkeiten in Bezug auf kosmetische Inhaltsstoffe vor?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie schon einmal eine Pflege nicht gut vertragen?

- ja nein

Wenn ja, was haben Sie gespürt?

VII. Lebensweise

Wie ernähren Sie sich?

- Ich esse regelmäßig
 Ich esse unregelmäßig
 Mischköstler
 Vegetarier
 Veganer

Sonstiges: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

- ja nein

Trinken Sie regelmäßig Kaffee/schwarzen Tee?

- ja nein

Trinken Sie regelmäßig Softdrinks?

- ja nein

Wieviel Wasser trinken Sie am Tag? (Angabe in Litern)

Rauchen Sie?

- ja nein

Ich bestätige, dass ich alles korrekt beantwortet und keine Informationen vorbehalten habe, welche für eine Behandlung relevant sein könnten.

Ebenfalls bestätige ich, dass ich die Kosmetikerin vor jeder Behandlung über jegliche Veränderungen / Abweichungen zu den o.g. Punkten, welche beim Erstgespräch noch nicht gegeben waren, informieren werde.

Datum: _____ Kundenunterschrift: _____

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, diesen Anamnesebogen auszufüllen. Dadurch kann ich Ihnen das optimale Konzept passend zu Ihrem Hautbild und Anliegen zusammenstellen.

Ihre Katja Nöller
|skinbalance|