

KUNDENDATEN

PERSÖNLICHE DATEN:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Anmerkungen:

ANAMNESEBOGEN

LEBENSUMSTÄNDE:

Was und wie viel trinken Sie?

Trinken Sie Kaffee?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wie viel?

Wie viel Alkohol trinken Sie in der Woche?

Rauchen Sie?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wie viel?

Wie ernähren Sie sich?

☐ Mischkost

☐ Vegetarisch

☐ Vegan

☐ Fast Food

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Treiben Sie Sport?

☐ Nein

☐ Ja

☐ Gelegentlich

Wenn ja, was?

Halten Sie sich viel draußen auf?

☐ Ja

☐ Nein

Schlafen Sie gut?

☐ Ja

☐ Nein

Wie viele Stunden schlafen Sie?

Haben Sie Stress?

☐ Ja

☐ Nein

☐ Gelegentlich

☐ Körperlich

☐ Mental

Sonstiges:

GESUNDHEITZUSTAND/HORMONSTATUS:

Haben Sie (chronische) Erkrankungen?	☐ Nein	☐ Ja
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Magen-Darm-Probleme?	☐ Nein	☐ Ja
Wenn ja, welche?		
Liegen Hautkrankheiten vor?	☐ Nein	☐ Ja
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Allergien?	☐ Nein	☐ Ja
Wenn ja, welche?		
Machen Sie gerade eine Diät?	☐ Nein	☐ Ja
Haben Sie abgenommen? Wenn ja, wie viel?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐ Nein	☐ Ja
Wenn ja, welche?		
Verhüten Sie hormonell?	☐ Nein	☐ Ja
Sind Sie schwanger?	☐ Nein	☐ Ja
Stillen Sie?	☐ Nein	☐ Ja
Haben Sie Zyklusschwankungen?	☐ Nein	☐ Ja
Sind Sie in den Wechseljahren?	☐ Nein	☐ Ja
Wenn ja, seit wann?		

IHRE HAUT/IHRE PFLEGE:

Wie schätzen Sie selber Ihre Haut ein?	☐ Trocken	☐ Sensibel	☐ Fettig	☐ Unrein	☐ Mischhaut
Haben Sie Hautprobleme?	☐ Nein	☐ Ja			
Wenn ja, welche?					
Bekommen Sie manchmal hektische Flecken?	☐ Nein	☐ Ja			
Was sind Ihre Wünsche und Anforderungen an die Behandlung?					
Reinigen und pflegen Sie Ihre Haut täglich?	☐ Nein	☐ Ja			
Wie und womit Reinigen Sie Ihre Haut?					
Welche Tages- /Nachtpflege benutzen Sie?					
Benutzen Sie Augenpflegeprodukte?	☐ Nein	☐ Ja			
Verwenden Sie Peelings?	☐ Enzym	☐ Mechanisch	☐ mit Fruchtsäure Anteil		
Wenn ja, was und wie oft?					
Verwenden Sie	☐ Ampullen	☐ Seren	☐ Masken		
Wie oft?					
Benutzen Sie täglich Make Up?	☐ Nein	☐ Ja			
Wenn ja, welches?	☐ flüssig	☐ Creme	☐ Puder	☐ Kompakt	
Hatten Sie bereits Behandlungen der Haut?	☐ Laser	☐ Microdermabrasion	Wenn ja, wann?		
	☐ Botox	☐ Faltenunterspritzung			
	☐ Schälkur	☐ Fruchtsäure-Peeling			
Sind Sie an einer Gerätebehandlung interessiert?	☐ Ja	☐ Nein			

WAS IST IHNEN WICHTIG? WAS IST DER HAUPTGRUND IHRES BESUCHES?

Hautprobleme in den Griff bekommen	☐ Ja	☐ Nein
Anti-Aging-Behandlung	☐ Ja	☐ Nein
Festigung/Straffung	☐ Ja	☐ Nein
Pigmentflecken reduzieren	☐ Ja	☐ Nein
Ausreinigen	☐ Ja	☐ Nein
Entspannung/Wellness	☐ Ja	☐ Nein