

Kartei-Nr.:

Name:

Strasse:

Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

e-mail:

## GESICHT

Fettgehalt:  normal  vermindert  erhöht

Feuchtigkeitsgehalt:  normal  vermindert

Porigkeit:  normalporig  feinporig  großporig

Verhornung:  normal  dünn  dick

Durchblutung:  normal  stark durchblutet  schlecht durchblutet

Empfindlichkeit:  auf Druck  auf Temperatur  Stress

Tonus und Turgor

**Besondere Erscheinungen:**  Couperose  Damenbart  Talgzysten  Warzen  
 Milien  Pusteln  Flecken  Narben

Kontaktlinsen  Nein  Ja

Kosmetische Produkte



## ALLGEMEINES

Nehmen Sie Medikamente?

Nein  Ja

Wenn ja, welche und wofür?

Werden Sie medizinisch behandelt (bei Hautausschlägen, u.ä.)?

Nein  Ja

Wenn ja, was wird behandelt?

Haben Sie Allergien?

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie irgendwelche Beschwerden, die berücksichtigt werden müssen? (z.B. chronische Erkrankungen oder Bandscheibenvorfall o. Ä.)

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Sind Sie schwanger?

Nein  Ja

Wie viel trinken Sie am Tag und was trinken Sie?

Konsumieren Sie Kaffee, Tee und/oder Nikotin?

Wie oft genießen Sie die Sonne?

Durften Sie bereits eine kosmetische Gesichts-/Körperbehandlung erleben?

Nein  Ja

Wenn ja, welche?

Wie viel Zeit sind Sie bereit, für Ihre Pflege zu investieren?

Was erwarten Sie von uns?

Wie können wir Ihre Erwartungen erfüllen?