

Anamnesebogen

Gesichtsbehandlung

Name:	Vorname:
E-Mail:	Telefon:
Adresse:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?	

1. Was ist Ihnen wichtig?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anti-Aging Allgemein | <input type="checkbox"/> Couperose/Rötungen vermindern |
| <input type="checkbox"/> Festigung/Straffung der Haut | <input type="checkbox"/> Unreinheiten reduzieren/Ausreinigung |
| <input type="checkbox"/> Augenschatten, Schwellungen mindern | <input type="checkbox"/> Fettglanz vermindern |
| <input type="checkbox"/> Fältchen Augenbereich glätten | <input type="checkbox"/> Hautbild verfeinern |
| <input type="checkbox"/> Fältchen Mundpartie glätten | <input type="checkbox"/> Pigmentflecken vermindern |
| <input type="checkbox"/> Trockenheit vermindern | <input type="checkbox"/> Akne vermindern |
| <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl vermindern | <input type="checkbox"/> Augenbrauenkorrektur |
| <input type="checkbox"/> Schuppenbildung reduzieren | <input type="checkbox"/> Haarentfernung Gesicht |

2. Was ist der Hauptgrund Ihres Besuches bei mir?.....

.....
.....

3. Was haben Sie bereits unternommen, um die gewünschten Verbesserungen zu erreichen?.....

.....

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hautarzt | <input type="checkbox"/> Produkte |
| <input type="checkbox"/> Kosmetikbehandlungen | <input type="checkbox"/> anderes |

4. Wie häufig möchten Sie zur Kosmetikbehandlung kommen?

- Kurz-Behandlung alle paar Wochen
- Gute Heimpflege und Intensiv-Behandlung alle paar Monate
Bis die gewünschte Hautbildverbesserung eingetreten ist, komme ich gerne alle zwei bis drei Wochen zur Behandlung.
- Mein Wunsch ist, dass sich das Hautbild so verbessert, dass die Behandlungsabstände deutlich größer werden.

5. Für die optimale Behandlung heute und Ihre individuelle Heimpflegeberatung sollte ich dies wissen:

- Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?.....
- Nehmen Sie die Pille oder Hormone ein? Seit wann?.....
- Liegen Hautkrankheiten vor? Wenn ja, welche?.....
- Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?.....
- Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?.....
- Wieviel und was trinken Sie pro Tag?.....
- Sind Sie schwanger oder stillen Sie?.....

Anamnesebogen

Gesichtsbehandlung

Ist die Haut Belastungen ausgesetzt (beruflich, Outdoor-Sport, Sonne, Solarium, Stress...)? Wenn ja, welchen?.....

6. Wie pflegen Sie sich zur Zeit?

- | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|----------|
| Reinigung: | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Tücher | <input type="checkbox"/> Schaum | wie oft: |
| Creme: | <input type="checkbox"/> Tag | <input type="checkbox"/> Nacht | <input type="checkbox"/> Serum | wie oft: |
| Augenmakeup: | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Tücher | <input type="checkbox"/> öl | wie oft: |
| Augen Creme Gel: | | | | wie oft: |
| Wirkstoffe Konzentrat: | <input type="checkbox"/> Ampulle | <input type="checkbox"/> Serum | | wie oft: |
| Peeling: | <input type="checkbox"/> Enzyme | <input type="checkbox"/> mit Schleifpartikeln | | wie oft: |
| Maske: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | wie oft: |
| Sonstige Produkte: | | | | wie oft: |
- Wann haben Sie sich womit zuletzt eingecremt?.....

7. 100% Diskretion ist für mich selbstverständlich. Bitte teilen Sie mir mit, wenn Sie Medikamente einnehmen oder Krankheiten vorliegen. Auch Hinweise zu Implantaten, Prothesen, Herzschrittmacher, Unterspritzungen mit Hyaluronsäure oder Injektionen mit Botulinum Toxin wären sehr hilfreich, da diese für die Behandlung Einschränkungen bedeuten können.....

Datum:.....

Unterschrift Kunde.....

