

haut in balance

Hautpflege Beratungsformular

Konzept zur Gesunderhaltung, zum Schutz und zur Pflege der Haut

Vorname

Nachname

E-Mail

Telefon

Beruf (bzw. aktuelle Tätigkeit)

Geburtsdatum

ALLE ANGABEN SIND FREIWILLIG und dienen lediglich der Behandlung Ihrer Haut und werden absolut vertraulich behandelt sowie nach dem geltenden Datenschutzgesetz!

Familie / Lebensgemeinschaft / Kinder:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Kinder | wenn ja, wie viele Kinder | _____ |
| <input type="checkbox"/> Haustiere | wenn ja, welche Tiere | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sport | wenn ja, welchen Sport | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hobbys | wenn ja, welche Hobbys | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reisen | | |

- | | | |
|---------------------------------|-------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stress | wenn ja, bewusst? | <input type="checkbox"/> Familie |
| | | <input type="checkbox"/> Beruf |
| | | <input type="checkbox"/> anderer Stress |

- | | | |
|------------------------------------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel, wenn ja – welche | _____ |
| | | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Vegetarier/in | |
| | <input type="checkbox"/> Veganer/in | |
| | <input type="checkbox"/> Zucker(-produkte) | |
| | <input type="checkbox"/> Milch(-produkte) | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige beachtenswerte Punkte bei der Ernährung | _____ |
| | | _____ |
| | | _____ |

haut in balance

An welchen Hautbeschwerden leidest du?

- ☐ Akne / unreine Haut
 - ☐ Keine Hautbeschwerden
 - ☐ Trockene Haut
 - ☐ Neurodermitis
 - ☐ Periorale Dermatitis
 - ☐ Pigmentflecken
 - ☐ Ölige Haut
 - ☐ Braune Flecken aufgrund Sonnenschäden
 - ☐ Schuppenflechte
 - ☐ Empfindliche Haut
 - ☐ Sonstiges
-

Gibt es bestimmte Allergien?

Wenn ja, welche?

Verwendest du aktuell oder hast du kürzlich folgende Produkte verwendet?

Wenn ja, kreuze an oder benenne sie unter Sonstige!

- ☐ AHA / BHA / PHA
 - ☐ Salicylsäure
 - ☐ Antibiotische Creme / Salbe
 - ☐ Benzaknen 5 % Gel
 - ☐ Epiduo, Duac Akne Gel oder Aknemycin Plus
 - ☐ Azelainsäure
 - ☐ Benzoylperoxid
 - ☐ Vitamin-A-Säure
 - ☐ Isotretinoid bzw. Akneormin-Behandlung
 - ☐ Sonstige
-

haut in balance

Wie hast du bisher deine Haut gereinigt bzw. gepflegt?

- ☐ Wasser
 - ☐ Reinigungsgel
 - ☐ Reinigungsschaum
 - ☐ Reinigungsmilch
 - ☐ Tonic
 - ☐ Seife
 - ☐ Microfasertuch
 - ☐ Peelings (AHA / BHA ...)
 - ☐ Reinigungsbürste
 - ☐ Wattebausch
 - ☐ Waschlappen
 - ☐ Tag- und Nachtpflege (in einem)
 - ☐ Nachtcreme
 - ☐ Gesichtsmaske
 - ☐ UV-Schutz
 - ☐ Mizellenwasser
 - ☐ Sonstige
-

Welche Hautbehandlungen hast du bereits in Anspruch genommen?

- ☐ Hydrofacial
 - ☐ Micro-Dermabrasion
 - ☐ Laser
 - ☐ Derma-Roller
 - ☐ Entfernung der Muttermale
 - ☐ Unterspritzungen
 - ☐ Sonstige
-

haut in balance

Beschreibe dein Hautgefühl (trocken, spannt, schuppt, empfindlich, ölig)?

Wie empfindlich ist deine Haut (Rötungen, Ausschlag, Juckreiz, Spannungsgefühle oder Brennen)?

Datenschutz

Deine Daten werden hier nur erfasst, um eine umfängliche Beratung durchzuführen, diese Daten werden nicht elektronisch verarbeitet, sondern nur für unser erstes Beratungsgespräch als Grundlage verwendet. Diese Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

Deine Daten werden nach Sendung per E-Mail an mich - ausgedruckt für unseren Termin und sodann wird die E-Mail gelöscht. Der Ausdruck wird nach unserem Termin in Deine Kundendatei (analog in meiner Praxis) aufgenommen oder auf Deinen Wunsch hin vernichtet. Damit leisten wir absolute Datensparsamkeit und folgen den rechtlichen Vorgaben laut des BDSG und der DSGVO.

Datum

Unterschrift