

Kundenfragebogen

Anamnese & allgemeine Informationen

SEITE 1

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kundin,

Schenken Sie uns einige Minuten Ihrer Zeit damit wir Ihre Wünsche bezüglich Ihrer Haut und ihrer aktuellen Pflege kennenlernen dürfen.

Die nachstehenden Informationen werden vertraulich behandelt und nur Betriebsintern für die Dokumentation Ihres Erfolges verwendet.

Sie dienen uns als Hilfe für eine fachgerechte und zielorientierte Behandlung die Ihren Wünschen und Bedürfnissen entspricht.

I. Allgemeine Informationen

NAME:

VORNAME:

ANSCHRIFT:

PLZ & STADT:

TELEFON:

EMAIL:

SONSTIGES:

Kundenfragebogen

Anamnese & allgemeine Informationen

SEITE 2

II. Informationen zu Pflege & Kosmetik

1. Wie pflegen Sie ihre Haut und welche Produkte nutzen Sie aktuell?

Reinigung:

Tagespflege/Nachtpflege:

Augenpflege:

Masken:

Ampullen/Seren:

Bodylotion:

Handpflege:

Fußpflege:

2. Wieviel Zeit nehmen Sie sich für Ihre tägliche Hautpflege?

3. Welche Ziele möchten Sie mit Ihrer Hautpflege und unserer Behandlung erreichen?

Kundenfragebogen

Anamnese & allgemeine Informationen

SEITE 3

4. Sind Sie das erste mal in unserem Kosmetikstudio? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

5. Welche Erwartungen stellen Sie an unser Studio?

6. Welche Behandlungsmethoden wurden bei Ihnen angewendet und in welchen Abständen? z.B. Haarentfernung, Gesichtsbehandlung, Wimpernverlängerung, IPL-Behandlung, usw.

Kundenfragebogen

Anamnese & allgemeine Informationen

7. Hatten Sie jemals Probleme nach oder während einer Behandlung oder einer Haarentfernung?

JA

NEIN

Wenn **JA**, welche? _____

8. Leiden Sie unter Allergien oder Hauterkrankungen?

JA

NEIN

Wenn **JA**, welche? _____

9. Gehen Sie zum Hautscreening oder sind Sie regelmäßig in hautärztlicher Behandlung?

JA

NEIN

In Behandlung, weil _____

Kundenfragebogen

Anamnese & allgemeine Informationen

SEITE 5

10. Nehmen Sie Medikamente / Hormone ein?

JA

NEIN

Wenn **JA**, welche? _____

11. Wurde Ihre Haut in den letzten 4-6 Wochen mit Fruchtsäure behandelt? Haben Sie eine Kräuterschälkur in Anspruch genommen oder wurden Sie gelasert?

JA

NEIN

Wenn **JA**, welche Behandlung & Körperregion?

12. Wie ernähren Sie sich? Wieviel trinken Sie täglich? z.B, Ausgewogen, Vegan, Bio, Süßes, Min.2 Liter täglich ?

13. Rauchen Sie?

JA

NEIN

14. Treiben Sie Sport?

Kundenfragebogen

Anamnese & allgemeine Informationen

15. Dürfen wir Ihren Behandlungsverlauf digital (Foto) dokumentieren?

JA

NEIN

JA, unter Vorbehalt

16. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie künftig über Aktionen und Terminvereinbarungen kontaktieren?

JA

NEIN

Sonstiges:

17. Für welche Behandlung interessieren Sie sich heute & allgemein?

Kundenfragebogen

Anamnese & allgemeine Informationen

SEITE 7

III. Informationen zur Gesundheit

	JA	NEIN
nicht diagnostizierte Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpesinfektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonnenbrand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktive, nässende Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktive Rosazea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
instabile Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßige Einnahme von Blutverdünnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestehende Krebserkrankungen/ Tumore, Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frische, offene Narben oder Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATUM:

UNTERSCHRIFT: