

# Anamnesebogen - Fragebogen

Ihr Besuch freut uns sehr. Sie entscheiden sich für eine wertbringende Behandlung nach dem 360° Prinzip, bei der die nachhaltige Hautbildverbesserung im Fokus steht und die dermazeutischen Produkte in Unterstützung mit apparativen Methoden für sichtbare Resultate sorgt. Wir bieten Ihnen eine virtuelle direkte Konsultation mit erfahrenen Dermatologen innerhalb von 24h. Damit wir auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen und Kontraindikationen ausschließen können, bitten wir Sie, diesen zweiseitigen Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

## Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/ Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Mobilnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Alter
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hier habe ich von Ihnen erfahren	Beruf
	Dürfen wir Ihnen Informationen per Mail senden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Ich war bereits bei einer anderen Kosmetiker/-in <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Die letzte Behandlung war am <input type="text"/>

## Was ist Ihnen wichtig?

<input type="checkbox"/> Anti-Aging Allgemein	<input type="checkbox"/> Schuppenbildung reduzieren
<input type="checkbox"/> Festigung/ Straffung der Haut	<input type="checkbox"/> Couperose/ Rötungen vermindern
<input type="checkbox"/> Augenschatten, Schwellungen mindern	<input type="checkbox"/> Unreinheiten reduzieren
<input type="checkbox"/> Fältchen Augenbereich glätten	<input type="checkbox"/> Fettglanz vermindern
<input type="checkbox"/> Fältchen Mundpartie glätten	<input type="checkbox"/> Hautbild verfeinern
<input type="checkbox"/> Trockenheit vermindern	<input type="checkbox"/> Pigmentflecken vermindern
<input type="checkbox"/> Spannungsgefühl vermindern	<input type="checkbox"/> Empfindlichkeit der Haut vermindern
<input type="text"/>	
Weitere Wünsche	

## Was ist Ihnen bei Kosmetikprodukten besonders wichtig?

<input type="checkbox"/> Verträglichkeit	<input type="checkbox"/> Gesundheitliche Aspekte
<input type="checkbox"/> Wirksamkeit	

## Was erwarten Sie von einer Kosmetikbehandlung, was ist Ihr Ziel?

<input type="checkbox"/> Sorgfältiges Ausreinigen	<input type="checkbox"/> Haarentfernung
<input type="checkbox"/> Massage/ Wellness	<input type="checkbox"/> Augenbrauen/ Wimpern färben
<input type="checkbox"/> Beratung/ fachliche Informationen	<input type="checkbox"/> Augenbrauenkorrektur
<input type="checkbox"/> Handpflege	<input type="checkbox"/> Permanent make up

## Wie ist Ihre Einstellung zu Kosmetikbehandlungen?

Ich lege Wert auf eine dynamisch, kurze Behandlung im Fachinstitut alle 7 bis 14 Tage. Ich möchte Hautprobleme bzw. Hautschäden beseitigen wissen und Fältchen sowie Hautunreinheiten maximal entgegenwirken.

Ich wünsche alle 4 bis 6 Wochen eine Intensivbehandlung, um meine Haut lange schön zu erhalten.

Ich möchte Intensivkuren gerne zu Hause durchführen und maximal alle 3 bis 6 Monate kosmetische Behandlungen im Institut in Anspruch nehmen.

## Für Ihre Hautanalyse und eine optimale Pflegeempfehlung sollte ich dies wissen

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie die Pille oder Hormone ein? Wenn ja, welche?

Liegen Hautkrankheiten vor? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Ist die Haut Belastungen ausgesetzt? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?

Wie viel trinken Sie pro Tag?

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Tragen Sie Kontaktlinsen?

Nahrungsunverträglichkeiten

**Bitte informieren Sie mich, wenn Krankheiten vorliegen oder wenn Sie Implantate, Prothesen oder einen Herzschrittmacher tragen, Unterspritzungen mit Hyaluronsäure oder Injektionen mit Botulinum Toxin vorgenommen wurden, da dies für apparative Behandlungen oder Massagen Einschränkungen bedeuten kann.**

## Für Ihre Hautanalyse und eine optimale Pflegeempfehlung sollte ich dies wissen

Reinigung	<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Tücher	<input type="checkbox"/> Gel	<input type="checkbox"/> Schaum	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Gesichtswasser	<input type="checkbox"/> mit Alkohol	<input type="checkbox"/> ohne Alkohol			<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Creme	<input type="checkbox"/> Tagescreme	<input type="checkbox"/> Nachtcreme	<input type="checkbox"/> 24 Std.-Creme	<input type="checkbox"/> leicht/soft	<input type="checkbox"/> gehaltvoll	<input type="checkbox"/> Fettcreme
Augenmakeup-Entferner	<input type="checkbox"/> Pads	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Lotion			
Augen	<input type="checkbox"/> Creme	<input type="checkbox"/> Gel			<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Wirkstoffe	<input type="checkbox"/> Konzentrat	<input type="checkbox"/> Ampulle	<input type="checkbox"/> Serum		<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Peeling	<input type="checkbox"/> chemisch	<input type="checkbox"/> mit Schleifpartikeln			wie oft	<input type="text"/>
Maske	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			wie oft	<input type="text"/>
Make-Up	<input type="checkbox"/> Creme	<input type="checkbox"/> getönte Creme	<input type="checkbox"/> Puder gepresst	<input type="checkbox"/> Puder lose	wie oft	<input type="text"/>
Sonstige Produkte	<input type="text"/>				wie oft	<input type="text"/>

Wann haben Sie sich zuletzt womit eingecremt?

## Wie viel Zeit investieren Sie für Ihre tägliche Hautpflege?

bis 5 Minuten  zwischen 5 und 10 Minuten  
 bis 15 Minuten  mehr als 15 Minuten

## Was ist sonst noch wichtig für mich zu wissen?

  
  
  

Datum

Unterschrift