

Wellness – Natur – Wohlbefinden

Liebe Kundin,
lieber Kunde,

schenken Sie mir bitte ein paar Minuten Ihrer Zeit und teilen Sie mir ein wenig über Ihre Wünsche bezüglich Ihrer Haut, Ihrer aktuellen Hautpflege sowie Ihrer Lebensweise mit. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon (tagsüber)

E-Mail-Adresse

Wie pflegen Sie Ihre Haut?

Gesicht:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Reinigung | <input type="checkbox"/> Peeling | <input type="checkbox"/> Serum / Ampulle |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege | <input type="checkbox"/> Nachtpflege | <input type="checkbox"/> Maske |
| <input type="checkbox"/> Augenpflege | <input type="checkbox"/> Augenmaske | <input type="checkbox"/> UV Schutz |

Körper:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Duschgel | <input type="checkbox"/> Peeling | <input type="checkbox"/> Cellulitepflege |
| <input type="checkbox"/> Lotion / Creme | <input type="checkbox"/> Handpflege | <input type="checkbox"/> Fußpflege |

Welche Ziele möchten Sie mit Heimpflege und Institutsbehandlung erreichen?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trockenheit ausgleichen | <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit spenden | <input type="checkbox"/> Unreinheiten beseitigen |
| <input type="checkbox"/> Falten reduzieren | <input type="checkbox"/> Haut straffen / festigen | <input type="checkbox"/> Empfindlichkeit reduzieren |
| <input type="checkbox"/> Poren verfeinern | <input type="checkbox"/> schöne Haut bewahren | <input type="checkbox"/> Überpigmentierung reduzieren |

Worauf legen Sie bei der Institutsbehandlung wert?

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Reinigungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Anti Aging | <input type="checkbox"/> Verwöhnrituale |
| <input type="checkbox"/> Geräteanwendung | <input type="checkbox"/> Massagen | <input type="checkbox"/> Kurzanwendungen |

Wellness – Natur – Wohlbefinden

Welcher Pflgetyp sind Sie?

- muss schnell gehen ich nehme mir Zeit ich genieÙe es

Was ist Ihnen Ihr gutes Aussehen wert?

- Zeitlich am Tag:** bis 10 Min. 10 - 20 Min. mehr als 20 Min.
- Kosten im Monat:** bis 50,- € 50 - 100,- € mehr als 100,- €
- Treiben Sie Sport?** 1-2x pro Woche wenig selten / nie
- Nehmen Sie Medikamente / NEM / Hormone ein?** wenn ja, welche? _____ nein
- Haben Sie Hautunvertrglichkeiten / Allergien?** wenn ja, welche? _____ nein
- Leiden Sie unter Stress (Arbeit, Privat) oder Krankheiten?** wenn ja, welche? _____ nein
(z. B. Hoher Blutdruck, Depression, Migräne, andere Krankheiten)
- Müssen oder mussten Sie sich bereits einer Chemo- oder Strahlentherapie unterziehen?** wenn ja, welche Art von Krebserkrankung liegt / lag vor? _____ nein
- Schlafen Sie gut?** mehr als 7 Std. weniger als 7 Std. nicht gut

Wie ernähren Sie sich?

- Ausgewogen wenig Obst und Gemüse öfters Fleisch öfters Fisch
- viel Fast-Food oft Süßigkeiten wenig Fleisch wenig Fisch
- Tägl. Trinkmenge** ca. 1,5 l ca. 2 l mehr als 2 l
- Trinken Sie Kaffee?** 1-2 Tassen / Tag 2-4 Tassen / Tag mehr
- Trinken Sie Alkohol?** 1-2 pro Woche wenig selten / nie
- Rauchen Sie?** ja, viel ja, wenig selten / nie

- Darf ich Ihren Behandlungsverlauf digital dokumentieren?** ja nein
- Darf ich Sie zukünftig über aktuelle Aktionen schriftlich per Post oder E-Mail informieren?** ja nein

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben!