

ANAMNESEBOGEN

zur Vorbereitung auf eine Video-Online-Hautanalyse oder eine Hautanalyse im Kosmetikinstitut

Datum

I. Persönliche Angaben

Name, Vorname

Kosmetikinstitut

Anschrift

Telefonnummer / Mobiltelefonnummer

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Beruf

II. Persönliches Ziel

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch?

Falls ein Hautproblem vorliegt: Wie lange besteht der Zustand bereits und im welchen Zusammenhang tritt er auf? Was wurde bisher dagegen unternommen?

Waren Sie bereits bei einer Fachkosmetikerin? ja nein

Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

III. Pflegegewohnheiten

Welche Kosmetikprodukte verwenden Sie zurzeit?

Wie reinigen und pflegen Sie sich? Welche Zeit nimmt das in Anspruch?

Spannt Ihre Haut nach der Gesichtsreinigung?

ja nein

Sind Sie mit Ihren Produkten zufrieden?

Was hätten Sie an Ihrem Hautbild gerne verbessert?

Liegen Unverträglichkeiten auf Kosmetikprodukte vor?

ja nein

Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

IV. Gesundheitszustand

Haben Sie aktuell Stress?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen? ja nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

V. Krankheiten

Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Ekzeme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Menstruationsbeschwerden oder sonstige hormonelle Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Herpes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> tief	<input type="text"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Stoffwechselstörungen (Über-/Unterfunktion der Schilddrüse, Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Krampfadern, Thrombosen, Ödeme, überstandener Herzinfarkt, tragen eines Herzschrittmachers, Herzkatheter)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Krebserkrankung oder Tumore	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Haben Sie Implantate, wenn ja an welcher Stelle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	

VI. Medikamente

Nehmen Sie die Pille oder Hormonpräparate?

Wenn ja, welche? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche? (Wassertreibende Mittel, Blutverdünner, Beruhigungsmittel, Cortison, Sonstige) ja nein

VII. Lebenswandel

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele im Durchschnitt täglich? ja nein Anzahl durchschnittlich:

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten (z. B. Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten, Ernährungsform, Vorlieben wie z. B. Süßigkeiten, Zitrusfrüchte)?

Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich?

Angabe in Litern:

Welche Form z. B. Wasser, gesüßte Getränke, Tee, Alkohol?

Sonnen Sie sich regelmäßig oder besuchen das Solarium? ja nein

Benutzen Sie Sonnencreme? Welcher Lichtschutzfaktor?

ja nein LSF:

Haben Sie eine Sonnenallergie? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift Kundin/Kunde