



## Anamnese Fragebogen

### 1. Persönliche Daten

Name/Vorname

---

Adresse

---

PLZ/Ort

---

Geburtsdatum

---

Telefon

---

E-Mail

---

### 2. Was ist Ihnen bei Ihrer Gesichtspflege wichtig?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hautbildverfeinern                            | <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl vermindern          |
| <input type="checkbox"/> Unreinheiten reduzieren                       | <input type="checkbox"/> Schuppenbildung reduzieren          |
| <input type="checkbox"/> Fettglanz vermindern                          | <input type="checkbox"/> Couperose/Rötungen vermindern       |
| <input type="checkbox"/> Festigung/Straffung der Haut                  | <input type="checkbox"/> Pigmentflecken vermindern           |
| <input type="checkbox"/> Fältchen in den Augen/Mund Bereich reduzieren | <input type="checkbox"/> Empfindlichkeit der Haut vermindern |
| <input type="checkbox"/> Augenschatten/Schwellungen mindern            | <input type="checkbox"/> Anderes                             |
| <input type="checkbox"/> Trockenheit vermindern                        |  |

---

### 3. Was ist Ihnen bei Ihrer Körperpflege wichtig?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trockene, schuppige Haut vermindern      | <input type="checkbox"/> Müde, schwere Beine behandeln |
| <input type="checkbox"/> Cellulite behandeln und vorbeugen        | <input type="checkbox"/> Schöne Haut gesund erhalten   |
| <input type="checkbox"/> Dehnungsstreifen behandeln und vorbeugen | <input type="checkbox"/> Anderes                       |

---

### 4. Was haben Sie bereits unternommen, um die gewünschten Verbesserungen zu erreichen?

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hautarzt | <input type="checkbox"/> Kosmetikbehandlungen |
| <input type="checkbox"/> Produkte | <input type="checkbox"/> Anderes              |

---



---

## 5. Für die optimale Heimpflege Empfehlung sollte Ich dies wissen:

Haben Sie Allergien? Wenn Ja, welche?  Ja  Nein

Liegen Hautkrankheiten vor? Wenn Ja, welche?  Ja  Nein

Rauchen Sie? Wenn Ja, wie viel?  Ja  Nein

Sind Sie Schwanger oder Stillen Sie?  Ja  Nein

Nehmen Sie die Pille oder Hormone ein? Seit Wann?  Ja  Nein

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?  Ja  Nein

Ist die Haut Belastungen ausgesetzt (beruflich, Outdoor-Sport, Sonne, Solarium, Stress, etc.) Wenn Ja, welchen?  Ja  Nein

Wie viel und was trinken Sie pro Tag?

## 6. Wie pflegen Sie sich zurzeit?

Bitte eine ausführliche Beschreibung von der täglichen und monatlichen Pflege und mit welchen Produkten.

(z.B.: morgens und abends das Gesicht waschen mit Reinigung XY, danach eincremen mit Produkt XY, 1 im Monat Peeling und Maske, usw.)

---



---



---



---

**100% Diskretion ist für mich selbstverständlich.**

**Bitte teilen Sie mir mit, wenn Sie Medikamente einnehmen oder Krankheiten vorliegen.**

## **KOSTENLOSE VIRTUELLE VIDEOBERATUNG**

**Eine weitere neue Alternative sich von mir beraten zu lassen!**

Gerne können sie sich per E-Mail, WhatsApp oder Telefon bei mir einen Termin vereinbaren und wir werden uns online per Videochat treffen. Lassen Sie sich so online beraten, sparen Sie Zeit und erhalten Sie die perfekte Heimpflege Empfehlung. Gerne weise Ich Sie darauf hin, dass eine Onlineberatung nicht gleichgestellt mit einer persönlichen Beratung bei mir im Studio ist.

Nichtsdestotrotz kann Ich Ihnen mit der Onlineberatung eine wertvolle Unterstützung bei Ihrer Hautpflege sein.