

Lieber Kunde,

um Ihnen eine sichere Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen. Wir können uns so auf mögliche Kontraindikationen einstellen. Ihre Daten werden von uns vertrauensvoll behandelt. Wir unterliegen der Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Persönliche Daten

Nachname, Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nummer	
PLZ / Ort	
Telefon Nummer	eMail Adresse

Kundenwunsch - Was möchten Sie behandeln?

Haben Sie schon einmal auf Kosmetika reagiert? Wenn ja, auf welche? _____

Sind Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche? _____

Liegt aktuell ein Krankheit vor? Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche? _____

	Ja	Nein		Ja	Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venen-/ Gefäßerkrankungen oder Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
behandelter Krebs / aktiver Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormonelle Probleme / Hormonumschwung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufsystem Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenprobleme / Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vitaminpräparate / Haarwuchsmittel? Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____

	Ja	Nein		Ja	Nein
Einnahme von Antibiotika in den letzten 14 Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonpräparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel Flüssigkeit trinken Sie am Tag	ca. _____	Liter
Kortison / Kortisonhaltige Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewegen Sie sich regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie ausreichend Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie übermäßigen Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in der Menopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen Sie regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Platzangst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen Sie gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regelmäßiger Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben richtig sind und ich meine Kosmetikerin über eventuelle Änderungen informieren werde.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

DSGVO

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Kundeninformationen zur datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurden mir ausgehändigt.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

