

Kosmetisch – Medizinischer Anamnesebogen – er dient einer genauen Analyse zur ganzheitlichen Behandlung.

Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ:	Wohnort:
Beruf:		
Telefon:		
E-Mail:	Datum:	

Allgemeines

Waren Sie bereits bei einer kosmetischen Behandlung?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Gehen Sie regelmäßig zur Kosmetik?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Gibt es ein bestimmtes Problem, das Sie zur Beratung führt?				
	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Wenn ja welches -				
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Schwanger:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Stress:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> oft	
Unverträglichkeiten/Allergien auf bestimmte Kosmetika?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Wenn ja welche -				
Befinden sich im Körper Metallschrauben/Metallplatten?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja		
Schönheitskorrekturen:	<input type="radio"/> Silikonimplantate	<input type="radio"/> Kollagen	<input type="radio"/> Hyaluronsäure	<input type="radio"/> Botox
Wann:				

Lebensumstände

Trinkverhalten-Wasser/Tee	<input type="radio"/> < 1l	<input type="radio"/> 1-2l	<input type="radio"/> > 2l
Gewichtsprobleme, bzw. häufige Diäten:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Mahlzeiten:	<input type="radio"/> 2/Tag	<input type="radio"/> 3/Tag	<input type="radio"/> 5/Tag
Sauna:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	Solarium: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Sport:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Indoor _____ mal die Woche	<input type="radio"/> ja, Outdoor _____ mal die Woche
Raucher:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja _____ St/Tag	
Alkohol:	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> gelegentlich	<input type="radio"/> öfter, mehr als 3mal die Woche
Berufliche Tätigkeit:	<input type="radio"/> Indoor (klimatisierter Raum)		
	<input type="radio"/> Outdoor (starke Temperaturschwankungen)		

Hautempfindungen

Haben Sie unangenehme Empfindungen bei:	<input type="radio"/> Wind	<input type="radio"/> Kälte	<input type="radio"/> Sonne
Kommt es vorübergehend zur Gesichtsrötung:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Hautreaktionen nach Sonnenexposition:			
Sonnenallergie	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Rötung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
Bräunung	<input type="radio"/> schwach	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> mittel

