

Fragebogen zur Hautberatung

Bitte füllen Sie diesen Bogen vor Ihrem Termin aus, damit wir uns optimal auf Ihre Hautanalyse vorbereiten können.

1. Persönliche Daten

Name, _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____
Telefon / E-Mail: _____ Datum: _____

2. Ihre Wünsche und Ziele

Was möchten Sie mit der Behandlung oder Beratung primär erreichen? (Mehrfachauswahl möglich)

- | | |
|--|--|
| ☐ Verjüngung / Anti-Aging | ☐ Minderung von Rötungen / Couperose |
| ☐ Reduzierung von Unreinheiten / Akne | ☐ Aufhellung von Pigmentflecken / Sonnenschäden |
| ☐ Linderung von Trockenheit & Spannungsgefühl | ☐ Tiefenreinigung & Frischekick |
| ☐ Porenverfeinerung & ebenmäßiger Teint | ☐ Beratung für die richtige Heimpflege |

3. Selbsteinschätzung Ihrer Haut

Wie verhält sich Ihre Haut im Alltag meistens?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Hauttyp (Tagesverlauf): | ☐ Normal / ausgeglichen | ☐ Ölig / glänzt im ganzen Gesicht |
| | ☐ Trocken / spannt oft | ☐ Mischhaut (glänzende T-Zone, trockene Wangen) |
| Hautgefühl & Sensibilität: | ☐ Unempfindlich & robust | ☐ Neigt zu Juckreiz / Schuppenbildung |
| | ☐ Reagiert schnell auf Produkte / Rötungen | ☐ Spannt extrem nach dem Waschen |

4. Lebensgewohnheiten & Gesundheit

- | | |
|---|---|
| Trinken Sie täglich ausreichend Wasser (mind. 1.5 - 2 Liter)? | ☐ Ja ☐ Nein |
| Sind Sie im Alltag oder Beruf starkem Stress ausgesetzt? | ☐ Ja ☐ Nein |
| Sind Sie häufig ungeschützt intensiver Sonne / Solarium ausgesetzt? | ☐ Ja ☐ Nein |
| Liegt eine Schwangerschaft oder Stillzeit vor? | ☐ Ja ☐ Nein |
| Rauchen Sie? | ☐ Ja ☐ Nein |

Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten (z.B. Duftstoffe, Pollen): _____

Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden (z.B. Kortison, Akne-Mittel): _____

5. Aktuelle Heimpflege

Welche Produkte nutzen Sie derzeit in Ihrer täglichen Routine? (Bitte Marken oder Wirkstoffe nennen, falls bekannt)

Reinigung (Gel, Milch, Schaum):

Gesichtswasser / Toner:

Serum / Wirkstoffpflege (z.B.
Hyaluron, Retinol):

Tagescreme / Nachtcreme:

Sonnenschutz (SPF):

Peelings / Masken (wie oft?):

Unterschrift Kundin / Kunde:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

This is for informational purposes only. For medical advice or diagnosis, consult a professional. AI responses may include mistakes.