

Ihr persönlicher Routenplaner zur gesunden und schönen Haut

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

ausgeübter Beruf

PLZ, Ort

Treiben Sie Sport?

Telefon

Sportart

e-mail

Rauchen Sie? ja nein

HAUTSTATUS

Ist Ihre Haut...

trocken

fettig

empfindlich

unrein

angespannt

faltig

pigmentiert

Reagiert Ihre Haut sensibel auf...

Kosmetika

Temperaturreize/ Sonne

Alkohol/ Nikotin

Stress

scharfe Speisen

hormonelle Veränderungen

Medikamenteneinnahmen

Wie reagiert Ihre Haut auf Sonne?

gar nicht

sensibel

übersensibel

mit Allergie

mit Pigmentverschiebungen

stets mit Sonnenbrand

Welche Kosmetik verwenden Sie?

Welchen Sonnenschutz verwenden Sie?

LSF

Welches Make Up verwenden Sie?

IHRE DERZEITIGEN PFLEGEPRODUKTE

Wie verwenden Sie welche Kosmetik?	Produktname		
Gesichtsreinigung		morgens <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>
Tonic		morgens <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/>
Augen- MakeUp-Entferner		morgens <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Augenpflege		morgens <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Tagespflege		morgens <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Nachtpflege		morgens <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Konzentrate		morgens <input type="checkbox"/>	abends <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Masken		14-tägig <input type="checkbox"/>	wöchentlich <input type="checkbox"/> häufiger <input type="checkbox"/>
Peeling		14-tägig <input type="checkbox"/>	wöchentlich <input type="checkbox"/> häufiger <input type="checkbox"/>
Sonnenpflege		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, wann <input type="text"/>
Make Up		täglich <input type="checkbox"/>	für besondere Anlässe <input type="checkbox"/>
Puder		täglich <input type="checkbox"/>	für besondere Anlässe <input type="checkbox"/>

HAUTBRÄUNUNG

Verwenden Sie regelmäßig Selbstbräuner? ja regelmäßig selten regelmäßig oft unregelmäßig nein

Bräunen Sie sich im Solarium? ja regelmäßig selten regelmäßig oft unregelmäßig nein

Sonnen Sie sich im Freien? ja regelmäßig selten regelmäßig oft unregelmäßig nein

Ihr natürlicher Hautton ohne Bräunung ist sehr hell hell mittel braun

Je genauer Sie die Fragen beantworten, desto zielgerichteter sind die Pflegeempfehlungen Ihrer Kosmetikerin. Ihre Antworten und Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.