

## 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.**