

# Anamnesebogen

## Ich freue mich, für Sie da zu sein!

Ihre Hautbildverbesserung steht bei mir im Mittelpunkt. Sie werden durch die medizinische BioTech Cosmetic Belico überzeugende und nachhaltige Resultate erfahren. Ganz nach Ihrem aktuellen Anliegen und Ihrem beschriebenen Hautzustand stelle ich Ihnen aus den Belico-Präparaten Ihre ganz individuelle Gesichtsbehandlung zusammen. Selbstverständlich gebe ich Ihnen wertvolle Tipps für Ihre Heimpflege, die speziell auf Ihren Hautzustand abgestimmt sind.

### Persönliche Daten

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name/Vorname	Fon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Mobile
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ/Ort	Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Alter
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hier habe ich von Ihnen erfahren

### Was ist Ihnen wichtig?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anti-Aging Allgemein                | <input type="checkbox"/> Couperose/Rötungen vermindern        |
| <input type="checkbox"/> Festigung/Straffung der Haut        | <input type="checkbox"/> Unreinheiten reduzieren/Ausreinigung |
| <input type="checkbox"/> Augenschatten, Schwellungen mindern | <input type="checkbox"/> Fettglanz vermindern                 |
| <input type="checkbox"/> Fältchen Augenbereich glätten       | <input type="checkbox"/> Hautbild verfeinern                  |
| <input type="checkbox"/> Fältchen Mundpartie glätten         | <input type="checkbox"/> Pigmentflecken vermindern            |
| <input type="checkbox"/> Trockenheit vermindern              | <input type="checkbox"/> Empfindlichkeit der Haut vermindern  |
| <input type="checkbox"/> Spannungsgefühl vermindern          | <input type="checkbox"/> Augenbrauenkorrektur                 |
| <input type="checkbox"/> Schuppenbildung reduzieren          | <input type="checkbox"/> Haarentfernung Gesicht               |

### Was ist der Hauptgrund Ihrer Anfrage?

### Was haben Sie bereits unternommen, um die gewünschten Verbesserungen zu erreichen?

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hautarzt             | <input type="checkbox"/> Produkte |
| <input type="checkbox"/> Kosmetikbehandlungen | <input type="checkbox"/> anderes  |

### Was ist Ihnen bei Kosmetikprodukten besonders wichtig?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verträglichkeit | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Aspekte   |
| <input type="checkbox"/> Wirksamkeit     | <input type="checkbox"/> Besonders günstiger Preis |

### Wie häufig möchten Sie zur Kosmetikbehandlung kommen?

- Kurz-Behandlung alle paar Wochen
- Gute Heimpflege und Intensiv-Behandlung alle paar Monate
- Bis die gewünschte Hautbildverbesserung eingetreten ist, komme ich gerne alle zwei bis drei Wochen zur Behandlung. Mein Wunsch ist, dass sich das Hautbild so verbessert, dass die Behandlungsabstände deutlich größer werden.

### Sind Sie an apparativen Behandlungen interessiert?

- ja
- nein

### Für Ihre optimale und individuelle Heimpflegeberatung sollte ich dies wissen:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	Nehmen Sie die Pille oder Hormone ein? Seit wann?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liegen Hautkrankheiten vor? Wenn ja, welche?	Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	Wieviel und was trinken Sie pro Tag?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	Tragen Sie Kontaktlinsen?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ist die Haut Belastungen ausgesetzt (beruflich, Outdoor-Sport, Sonne, Solarium, Stress...)? Wenn ja, welchen?

### Wie pflegen Sie sich zur Zeit?

Reinigung	<input type="checkbox"/> Milch	<input type="checkbox"/> Tücher	<input type="checkbox"/> Gel	<input type="checkbox"/> Schaum	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Gesichtswasser	<input type="checkbox"/> mit Alkohol	<input type="checkbox"/> ohne Alkohol			<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Creme	<input type="checkbox"/> Tagescreme	<input type="checkbox"/> Nachtcreme	<input type="checkbox"/> 24 Std.-Creme	<input type="checkbox"/> leicht/soft	<input type="checkbox"/> gehaltvoll	<input type="checkbox"/> Fettcreme
Augenmakeup-Entferner-	<input type="checkbox"/> pads	<input type="checkbox"/> öl	<input type="checkbox"/> lotion			
Augen	<input type="checkbox"/> Creme	<input type="checkbox"/> Gel			<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Wirkstoffe	<input type="checkbox"/> Konzentrat	<input type="checkbox"/> Ampulle	<input type="checkbox"/> Serum		<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> unregelmäßig
Peeling	<input type="checkbox"/> Enzyme	<input type="checkbox"/> Fruchtsäure	<input type="checkbox"/> mit Schleifpartikeln		wie oft	<input type="text"/>
Maske	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			wie oft	<input type="text"/>
Make-up	<input type="checkbox"/> flüssig/Creme	<input type="checkbox"/> Puder gepresst	<input type="checkbox"/> Puder lose		wie oft	<input type="text"/>

Benennen Sie 3 Produkte (mit genauer Bezeichnung) Ihrer aktuellen Heimpflege:

**100% Diskretion ist für mich selbstverständlich.** Bitte teilen Sie mir mit, wenn Sie Medikamente einnehmen oder Krankheiten vorliegen. Auch Hinweise zu Implantaten, Prothesen, Herzschrittmacher, Unterspritzungen mit Hyaluronsäure oder Injektionen mit Botulinum Toxin wären sehr hilfreich, da diese für die Behandlung Einschränkungen bedeuten können.

**Einwilligungserklärung des Kunden gemäß DSGVO:** Meine persönlichen Daten gebe ich auf diesem Formular ausschließlich zur Auftragsabwicklung für den vorliegenden Geschäftsgang bekannt.

Unterschrift Kunde