



Um eine aussagekräftige Diagnose und effizienten Behandlungsplan erstellen zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Vielen Dank.

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ihr Name:                                          |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ihre Anschrift:                                    |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Telefon:                                           |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Fax:                                               |                                                                                                                                                                                                                                       |
| E-Mail:                                            |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ihr Geburtsdatum                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ihr Gewicht                                        |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ihre Körpergröße (in cm)                           |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Haben Sie Kinder?                                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                             |
| Ist Ihre Kopfhaut druckempfindlich?                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                                                                             |
| Haben Sie Kopfhautjucken?<br>Schuppen?             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                |
| Ist Ihre Kopfhaut fett?<br>Schuppen?               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                |
| Ist Ihre Kopfhaut trocken?<br>Schuppen?            | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                |
| Haben Sie Haarausfall?<br>Wie lange schon?         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>                                                                                                                                                                         |
| Bürsten Sie Ihre Haare?<br>Womit?                  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Holzbürste<br><input type="checkbox"/> Plastikbürste<br><input type="checkbox"/> Naturborstenbürste<br><input type="checkbox"/> Kunsthaarbürste |
| Wie oft waschen Sie Ihre Haare?<br>Womit?          |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Wie oft machen Sie eine Haarkur?<br>Welche?        |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Haben Sie eine chemische Behandlung?               | <b>Dauerwelle:</b> <input type="checkbox"/> sauer <input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> Farbe<br><input type="checkbox"/> Tönung<br><input type="checkbox"/> Pflanzenfarbe<br><input type="checkbox"/> Strähnen |
| Ihre Naturfarbe?                                   |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ihre Wunschfarbe?                                  |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ihre Haarlänge? (in cm)                            |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Ihre Wunschhaarlänge? (in cm)                      |                                                                                                                                                                                                                                       |
| Verwenden Sie Stylingprodukte?<br>Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>                                                                                                                                                                         |

Um eine aussagekräftige Diagnose und effizienten Behandlungsplan erstellen zu können, benötigen wir einige Angaben von Ihnen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Vielen Dank.

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haben Sie Hautprobleme ...<br>... im Gesicht?<br>... am Hals?<br>... am oberen Rücken?<br>... am Dekolleté?<br>... während Ihrer Menstruation? | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> |
| Haben Sie Probleme mit ...<br>... Bluthochdruck?<br>... dem Kreislauf?<br>... der Verdauung?<br>... chronischen Erkrankungen?                  | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>                                                                            |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?<br>Welche?<br>Wie lange schon?                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Verwenden Sie Nahrungsergänzung?<br>Welche?<br>Wie lange schon?                                                                                | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nehmen Sie Hormonpräparate?<br>Welche?<br>Wie lange schon?                                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ihre Essgewohnheiten?                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>Vegetarisch</b><br><input type="checkbox"/> <b>Fleisch</b><br><input type="checkbox"/> <b>Fisch</b><br><input type="checkbox"/> <b>Fast Food</b><br><input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                       |
| Ihre Trinkgewohnheiten?<br>(Bitte auch Angabe der Zirkamenge)                                                                                  | <input type="checkbox"/> <b>Kaffee</b><br><input type="checkbox"/> <b>Tee</b><br><input type="checkbox"/> <b>Wasser</b><br><input type="checkbox"/> <b>Säfte</b><br><input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b> <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                   |
| Wie sind Ihre Schlafgewohnheiten?                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                            |
| Rauchen Sie?<br>Wieviele Zigaretten pro Tag?                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Haben Sie eine Diät gemacht?<br>Wie oft?<br>Wann zum letzten Mal?                                                                              | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Gehen Sie ins Solarium?<br>Wie oft?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                      |