

FRAGENBOGEN

Sie haben Interesse an einer Gesichtsbehandlung bei Académie de Beauté. Diesen Fragenbogen auszufüllen und dann mit Natalia Heinrich-Braun zu besprechen ist bereits ein guter erster Schritt hin zu einer dadurch erst möglichen optimalen Hautbehandlung. Durch die visuelle Hautanalyse und wenn möglich die apparative Analyse mittels Messsonden ermöglicht auch eine optimale Auswahl an Pflegeprodukten und die kontinuierliche Anpassung der Produktauswahl. Wir starten zunächst mit ein paar Fragen zu Ihrer persönlichen Vorgeschichte und Fragen zu Ihren Hautpflegegewohnheiten und Ihrem Alltag. Danach folgt eine visuell-sensorische Hautanalyse durch Natalia Heinrich-Braun und optional eine apparativ gestützte Hautmessung mit der Profi-Hautanalysestation.

Vor- & Nachname

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

Geburtsdatum (TT / MM / JJJJ) Telefonnummer:

Mail Adresse Mobiltelefonnummer: Ich erlaube ausdrücklich die Datenspeicherung aller hier angegebenen Informationen zur Hautanalyse und Beratung. Mit meiner Unterschrift erlaube ich die interne Datenverarbeitung bei Natalia Heinrich-Braun.

Beantworten Sie bitte die Fragen auf den Folgeseiten wahrheitsgemäß nach Ihrer eigenen Einschätzung. Fragen welche Sie nicht beantworten möchten, streichen Sie bitte durch. Sollte Ihnen der Hintergrund einer Frage nicht klar sein oder Sie Hilfe benötigen, fragen Sie bei mir gerne nach.

Besonders wichtig sind die mit „ * “ markierten Fragen.

Ihre Gesundheit

1. * Waren Sie innerhalb des letzten Jahres betreffend Ihre Haut in Behandlung?

ja nein

2. * Verwenden Sie eine Feuchtigkeitscreme für die Pflege Ihrer Haut? ja nein

3. Hatten Sie innerhalb der letzten neun Monate eine Operation? ja nein

Falls ja, welche und wo (Körperareal)? _____

4. Haben Sie Metallimplantate (bei „JA“ bitte unterstreichen) ➔ Gesicht / Körper / Zähne

ja nein

5. Haben Sie Herzrhythmusstörungen oder tragen Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Falls bekannt: Ruhepuls: _____ Blutdruck: SYS _____ zu DIA _____

6. * Ist Ihnen eine Unverträglichkeit oder Reaktion auf Duftstoffe oder Öle bekannt?

ja nein

7. * Ist Ihnen eine Unverträglichkeit kosmetische Zusatzstoffe bekannt? ja nein

Wenn ja, welche: _____

8. * Sind Ihnen sonstige Unverträglichkeiten mit Kosmetika (z.B. Cremes) aufgefallen?

ja nein

9. * Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsprobleme?

- Diabetes Typ I Diabetes Typ II Epilepsie Herzprobleme Krebs HIV
 Hepatitis Hormonschwankungen Wirbelsäulenverletzungen Halswirbelprobleme
 Schilddrüsenprobleme Venenerkrankungen chronische Erkrankungen keine hier
genannten Sonstige chronische Erkrankungen: _____

10. Geben Sie bitte alle Medikamente und Vitamine an, die Sie regelmäßig einnehmen. Geben Sie je in Klammern an wie lange Sie das jeweilige Medikament nehmen z.B. *Aspirin 1x täglich (seit 2013)*

- 11. * Rauchen Sie?** nein bis 3 Stück pro Tag 4 bis 8 Stück pro Tag
 mehr als 8 Stück pro Tag

12. Haben Sie regelmäßige Schlafgewohnheiten (8-9 Stunden Schlaf je Nacht)? ja nein

Ihre Augen

13. Tragen Sie Kontaktlinsen? ja nein

14. Sind leichte Reizung der Augen bekannt? ja nein

Ihre Haut

15. Bei welcher Wassertemperatur reinigen Sie Ihr Gesicht?

- eiskalt kalt warm heiss

16. Haben Sie spezielle bekannte Hautprobleme im Gesicht oder am Körper?

- ja nein

Falls ja, welche? _____

17. Welche Hautpflegeproduktarten benutzen Sie zurzeit für das Gesicht?

Zutreffendes ankreuzen:

- reguläre Handseife angewendet im Gesicht spezielle Gesichtereinigung
 spezielles Gesichtereinigungsgel Duschgel Gesichtswasser Feuchtigkeitscreme
 Maske Peeling Augenpflegeprodukte Ampulle/Pflegeserum
sowie _____

Intensivpeelings/Schälkuren

18. * Hatten Sie jemals ein chemischer Peeling?

(Trichloressigsäure, Glycolsäure o.ä. ja nein z.B. auch Fruchtsäurepeelings)

Wenn ja - In den letzten 9 Monaten? ja nein

19. Benutzen Sie Retin-A? ja nein

Wenn ja - In den letzten 3 Monaten? ja nein

20. Hatten Sie jemals Laserbehandlungen oder Schälkuren? ja nein

21. Benutzen Sie Aknemedikamente? Welche _____

- ja nein Wenn ja - In den letzten 6 Monaten?
 ja nein

- 22. Benutzen Sie zur Zeit Produkte mit einem dieser Wirkstoffe?** nein, keinen
 Glykolsäure oder Glycolcitronkomplex sonstige Peelings eines Dermatologen Aminosäure
 Milchsäure Hydroxysäure (Fruchtsäure) Vitamin A Derivate (z.B. Retinol)

Feuchtigkeit

- 23. Wieviel Wasser trinken Sie pro Tag (ca. Liter)?**

- 24. Wieviel alkoholische Getränke konsumieren Sie pro Woche?**

- 25. * Haben Sie jemals eine der folgenden Hautbeschaffenheiten bemerkt?**

- Schuppigkeit Spannung (besonders nach der Reinigung) starkes Trockenheitsgefühl

- 26. Wurde in der Vergangenheit durch eine Messung die Feuchtigkeit in Ihrer Oberhaut beurteilt?** ja nein

Falls ja -> Wann und was wurde gesagt? _____

- 27. Tragen Sie Sonnenschutz z.B. beim Sonnenbad bzw. im Urlaub?** ja nein

Falls ja -> Welchen Schutzfaktor Gesicht: _____ Körper: _____

- 28. Tragen Sie bei längerem Aufenthalt im Freien einen Lichtschutz?** ja nein

Falls ja -> Welchen Schutzfaktor Gesicht: _____ Körper: _____

- 29. Tragen Sie täglich einen Tageslichtschutz auf (z.B. in der Tagescreme)?** ja nein

Falls ja -> Welchen Schutzfaktor Gesicht: _____ Körper: _____

Kapillaraktivität

- 30. * Bekommen Sie leicht Sonnenbrand?** ja nein

- 31. Erröten Sie leicht, wenn Sie nervös sind?** ja nein

- 32. Kommt es bei einer der folgenden Einwirkungen zu Rötungen oder Reizung der Haut?**

- Kälte Wind Stress Alkohol/Kaffee stelle kaum/keine Rötungen fest

- 33. Sofern Sie Rötungen festgestellt haben – was trifft auf Sie zu (Mehrfachauswahl möglich):**

- rechts und links im Bereich der Nasenfalte rote Äderchen an den Wangen allgemeine Rötung der Wangen (keine Äderchen sichtbar) Nasenrücken

- 34. Treten diese Rötungen meist bei Temperaturschwankungen auf?**

Wechsel z.B. Innenraum / Außenbereich ja nein

- 35. Ist Ihnen in Ihrer Familie eine Person bekannt, die an roten Äderchen auf z.B. Wange und Nasenrücken leidet? Wer?** _____ ja nein

Ölproduktion

- 36. * Hatte Ihre Haut während des Tages jemals einen starken Glanz?** ja nein

- 37. Haben Sie Hautunreinheiten?** ja nein

- 38. Waren Sie bisher schon einmal in kosmetischer Behandlung um Unreinheiten entfernen zu lassen (Ausreinigung)?** ja nein

Nervenaktivität

39. Trinken Sie koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Tee, andere)? ja nein
40. Haben Sie jemals ein Brennen oder Jucken auf der Haut verspürt? ja nein
41. Wie würden Sie Ihre Schmerzempfindlichkeit einstufen? niedrig mittel hoch
42. * Haben Sie jemals Platzangst (klaustrophobische Gefühle) an sich bemerkt?
 ja nein
43. Welche Massagstärke bevorzugen Sie? sanft mittel fest
44. * Haben Sie jemals eine Reaktion (z.B. Allergie) auf Folgendes bemerkt?
 Kosmetika Medikamente Jod Pollen Nahrungsmittel und zwar
_____ AHA-Säure Tiere Parfümstoffe oder Düfte allgemein
 Sonnenschutz andere _____
 nein – keine von all den hier genannten

Nur für Frauen

45. Nehmen Sie die Antibabypille? ja nein Wenn nein – ggf. seit wann nicht mehr:

46. Sind Sie schwanger oder versuchen Sie es zu werden? ja nein
47. * Stillen Sie zurzeit? ja nein
48. Sind Ihnen hormonelle Schwankungen bekannt und/oder wurde eine Blutuntersuchung hinsichtlich der Hormonsituation gemacht? ja nein
49. Möchten Sie Behaarung an der Oberlippe, Wangen, Achsel oder an den Beinen reduzieren?
 ja nein

nur für Männer

50. Wie rasieren Sie sich? nass elektrisch
Falls Nassrasur: Welches Rasurprodukt (Schaum, Gel etc.) nutzen Sie?

51. Haben Sie oft Hautreizungen nach der Rasur? ja nein
52. Hatten Sie jemals eingewachsene Haare im Gesicht? ja nein
53. Möchten Sie Behaarung am Rücken, Achsel? ja nein

Pflege für ALLE

Nutzen Sie regelmäßig eine Gesichtspflege (jeden Morgen und am Abend)? ja nein

54. + Welche Produkte (Art / Marke & Hersteller / Produktname) nutzen Sie:

- Reinigung _____
- Gesichtswasser _____
- Peeling _____
- Creme _____
- Augenpflege _____
- Maske _____
- Serum/Ampulle _____
- Sonstiges _____

55. Kaufen Sie Ihre Pflegeprodukte dort wo sie am preiswertesten zu bekommen sind ja oder dort wo Sie auch eine gute Beratung nutzen können? Apotheke Online lieber in einem Kosmetikstudio mit Beratung und regelmäßiger Betreuung

56. * Sofern Sie eine Kosmetikbehandlung im Studio genießen möchten, was möchten Sie durch diese anstehende Gesichtspflegebehandlung erreichen?

57. Was sind Ihre langfristigen Ziele hinsichtlich Hautveränderung?

- im Gesicht Hals Dekolletee

58. * Mein Alter heute ist: _____ Jahre

Pflicht Ja, Ich bestätige, dass alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet wurden und ich keine Informationen die für meine Behandlung relevant sein könnten verschweige. Auf chronische Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen habe ich hingewiesen. Ich habe alle Seiten dieses Fragebogens aufmerksam durchgelesen.

Vorname: _____ Nachname: _____

Datum und Unterschrift: _____