

KUNDIN / KUNDE

Name _____ Telefon _____

E-Mail _____ Geburtstag _____

Kundin seit _____ Bevorzugt bei _____

HAAR

Haarstärke ☐ fein ☐ normal ☐ kräftig

Struktur ☐ glatt ☐ wellig ☐ lockig ☐ kraus

Naturton / Grauanteil _____

Kopfhaut / Allergien _____

Vorlieben (Schnitt, Styling, Produkte) _____

FARBREZEPTUR

DATUM	PRODUKT / NUANCE / MISCHUNG	OXIDANT %	EINWIRKZEIT	ERGEBNIS

NOTIZEN

☐ Fotos vom Ergebnis dürfen für meine Kundenkarte gemacht werden.

Datum _____

Unterschrift _____

Besuchsprotokoll

NAME: _____

[illegible]