

PERSÖNLICHE DATEN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Adresse

Kundin seit

Empfohlen von

HAUT & GESUNDHEIT

Hauttyp ☐ normal ☐ trocken ☐ fettig ☐ Mischhaut ☐ empfindlich

Schwangerschaft / Stillzeit ☐ ja ☐ nein

Kontaktlinsen ☐ ja ☐ nein

Allergien / Unverträglichkeiten

Medikamente

Hauterkrankungen

Diabetes / Blutverdünner

PATCH-TEST

DATUM	PRODUKT / CHARGE	ERGEBNIS

WÜNSCHE & NOTIZEN

EINWILLIGUNG

Ich bin einverstanden, dass meine Angaben zur Durchführung der Behandlungen gespeichert werden. Änderungen meines Gesundheitszustands teile ich dem Studio mit.

☐ Vorher-/Nachher-Fotos dürfen für meine Kundenakte gemacht werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Behandlungsprotokoll

NAME: _____

[illegible]