DATUM	BEHANDLUNG	PRAXISWARE	VERKAUFSWARE

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	Sch	St	T	U	V	W	X-Z	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

NAME | VORNAME: ....

TELEFON: ....

DATUM: ....

HANDY: ....

ADRESSE: ....

E-MAIL: ....

PLZ | ORT: ....

BERUF: ....

FOTO

GEBURTSTAG: ....

ANAMNESEBOGEN

dermaceutical

www.dermaceutical.de

HAUTANALYSE:

• = normal – = vermindert += verstärkt

GESICHT	T-ZONE	WANGEN	HAUTVERÄNDERUNGEN
Fettgehalt:	◯	◯	.....
Feuchtigkeit:	◯	◯	.....
Porigkeit:	◯	◯	.....
Verhornung:	◯	◯	.....
Epidermis:	◯	◯	.....
Tonus:	◯	◯	.....
Turgor:	◯	◯	.....
Durchblutung:	◯	◯	.....
Empfindlichkeit:	◯	◯	.....
Pigmente:	◯	◯	.....

SEKRETIONSSYSTEM

EUDEMIE (normale Haut)	SEBOSTASE (trockene, feuchtigkeitsarme Haut)	SEBORRHOE SICCA (Mischhaut = trockene / ölige Haut)	SEBORRHOE OLEOSA (fettige Haut)
◯	◯	◯	◯

ANAMNESE:

ALLERGIEPASS

Haben Sie Allergien? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, welche sind bekannt?.....

Raucher: ◯ Ja ◯ Nein

Tägliches Stresslevel: ◯ klein ◯ mittelmäßig ◯ hoch

Ernährung: ◯ regelmäßig ◯ unregelmäßig ◯ vegetarisch ◯ vegan

Sport: ◯ regelmäßig ◯ unregelmäßig

Gesundheit: ◯ hoher Blutdruck ◯ Diabetes ◯ veränderte Schilddrüse ◯ Hautprobleme

Wenn ja, welche Hautprobleme bestehen? .....

Operationen: ◯ Ja ◯ Nein Falls ja, welche genau? .....

Medikamente: ◯ Ja ◯ Nein Wenn ja, welche genau? .....

Nehmen Sie Blutverdünner? ◯ Ja ◯ Nein

Schwangerschaft: ◯ Ja ◯ Nein Welche Kosmetik nutzen Sie zur Zeit? .....

Sind Sie offen für Neuheiten, wie Geräte oder neue Behandlungsmethoden? ◯ Ja ◯ Nein

Ihr Pflegeverhalten bisher? ◯ regelmäßig ◯ unregelmäßig ◯ selten

Was möchten Sie verändern? .....

Hatten Sie bereits ein chemisches Peeling? ◯ Ja ◯ Nein

Hatten Sie bereits eine Laserbehandlung? ◯ Ja ◯ Nein

Welche Kriterien sind Ihnen wichtig? ◯ gute Ausreinigung ◯ Massagen ◯ Anti-Aging Augenbehandlungen ◯ Akne / unreine Haut ◯ apparative Kosmetik ◯ Sonstiges (Augenbrauen, Wimpern, Sugaring, PMU, Permanent Make-Up)

Hatten Sie in der letzten Zeit miniinvasive Eingriffe? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, wie lange ist das her?.....

Welche Eingriffe waren es? ◯ Hyaluronsäureunterspritzung ◯ Botox ◯ Plasmabehandlung ◯ Lasertreatments ◯ Mesotherapie ◯ Sonstige

Waren Sie schon einmal in einer Hautarztbehandlung? ◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, aus welchem Grund? .....

Hat dieser bereits Operationen an Ihrer Haut vorgenommen? ◯ Ja ◯ Nein Falls ja, welche? .....

ERSTE DIAGNOSE:	EMPFOHLENE BEHANDLUNG:
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....