

Teil II: Hauttyp, Hautpflege

1. Wie würden Sie selbst die Beschaffenheit Ihrer Haut beschreiben?

- Akne (Pickelchen, schwarze Komedonen)
- Ekzeme
- Mischhaut (Manche Stellen sind ölig/fettig)
- Normale Haut
- ein anderer Zustand: _____
- Trockene Haut
- Psoriasis (Schuppenflechte Gesicht)
- Empfindliche Haut
- Ich kann das nicht selbst einschätzen

2. Selbsteinschätzung der Haut

- Meine Haut ist nicht einfach zu pflegen
- Sonnenschutz habe ich bisher nur im Urlaub oder Wanderungen / Aufenthalt in der Sonne verwendet
- Eine spezielle Sonnenpflege für das Gesicht habe ich bisher nicht verwendet.
- Ich war bisher gar nicht oder äußerst selten bei einer Kosmetikerin bzw. Kosmetiker.

3. Wie pflegen Sie sich zur Zeit?

- | | | | | |
|-------------------|--|---|--|--------------------------------------|
| Reinigung | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Öl | <input type="checkbox"/> Gel | <input type="checkbox"/> Schaum |
| Gesichtswasser | <input type="checkbox"/> mit Alkohol | <input type="checkbox"/> ohne Alkohol | | |
| Creme | <input type="checkbox"/> Tagescreme | <input type="checkbox"/> Nachtcreme | <input type="checkbox"/> 24-Std. Creme | <input type="checkbox"/> leicht/soft |
| Make-up-Entferner | <input type="checkbox"/> Pads | <input type="checkbox"/> Öl | <input type="checkbox"/> Lotion | |
| Augen | <input type="checkbox"/> Creme | <input type="checkbox"/> Gel | | |
| Wirkstoffe | <input type="checkbox"/> Konzentrate | <input type="checkbox"/> Ampulle | <input type="checkbox"/> Serum | |
| Peeling | <input type="checkbox"/> Enzyme | <input type="checkbox"/> Fruchtsäure | <input type="checkbox"/> mit Schleifpartikel | |
| Maske | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Make-up | <input type="checkbox"/> flüssig/Creme | <input type="checkbox"/> Puder gepresst | <input type="checkbox"/> Puder lose | |

4. Welche Marke verwenden Sie? _____

5. Wie oft haben Sie bisher Ihre Haut gereinigt?

- Dusche (keine spezielle für das Gesicht)
- Ab und an jede Woche
- Am Abend
- Am Morgen
- Jeden Morgen und Abend
- Mehr als zweimal am Tag

6. Wenn Sie Make-Up benutzen:

Geben Sie an welche Arten von Produkten Sie nutzen:

- Ich nutze eine Foundation
- Ich nutze Concealer
- Ich nutze stark deckende auf Wachsen basierende Camouflage
- Ich nutze Lidschatten, Rouge oder auch Lippenstift
- Ich nutze loses Puder
- Ich nutze Mineralpigmentpuder

Teil III: Ernährung

1. Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag ein?

- 1 bis 2
- 3
- Mindestens 3 + zusätzliche Zwischenmahlzeiten

3. Wie viel Wasser/Tee trinken Sie täglich?

- Weniger als 1 Liter
- 1 Liter
- 2-3 Liter
- mehr als 3 Liter

5. Wie ernähren Sie sich ?

- Mischkost
- Vegan
- Vegetarisch
- Fertiggerichte
- Fastfood

2. Trinken Sie Kaffee?

- Ja Wie viele Tassen täglich? _____
- Nein

4. Essen Sie Süßigkeiten?

- Ja Was und wieviel täglich?

- Nein

6. Kreuzen Sie die Nahrungsmittel an, die Sie in Mehrheit essen. Und in der zweiten Spalte, die Sie essen, aber eher weniger oft.

mehrheitlich | seltener

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gemüse, Obst |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salat, Sprossen, frische Kräuter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hirse, Quinoa, Amarant, Buchweizen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kartoffel, Reis, Hafer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gemüsesäfte / Fruchtsaft-Schorle mit stillem Wasser |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rapsöl, Hanföl oder hochwertige Pflanzenöle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soja, Lupinenprodukte . |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eier, Vollkornprodukte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hülsenfrüchte |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agavendicksaft, Honig |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Milch, Käse, Joghurt und/oder Quark |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schweinefleisch, Wurstwaren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rindfleisch, Wild |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Weizenmehl, Roggenmehl, Dinkel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alkohol _____ Gläser pro Woche |

Teil IV: Gesundheit

1. Sind Sie Raucher?

- ja Wieviele Zigaretten rauchen Sie am Tag? _____
 nein

2. Wo halten Sie sich am Tag vermehrt auf?

- im Freien
 in geschlossenen Räumen

3. Treiben Sie regelmäßig Sport?

- nein
 ja Welche Sportarten? _____

4. Gesundheitszustand (Was ist Ihnen bekannt)

- Heuschnupfen
 Kreislaufprobleme
 Bluthochdruck (Hypertonie)
 häufig auftretende Migräne/Kopfschmerzen
 Schilddrüsenüber bzw. -unterfunktion
 Magen-/Darmprobleme (Reizdarm, Völlegefühl, Blähungen, Verstopfung)
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wenn ja, welche:

- _____
 Hepatitis
 HIV
 Diabetes Typ 1 (Insulin) Diabetes Typ 2 (Tabletten)
 Blutgerinnungsstörungen
 Bronchialasthma
 Krebs
 Nierenfunktionsstörungen
 Epilepsie
 Krampfadern

Neigen Sie zu Narbenkeloiden? nein ja

Haben Sie ein Implantat (z.B. Herzschrittmacher, Metallimplantate, Zahn)

- nein ja Wo? _____

5. Hormonstatus (Frauen)

- Sind Sie schwanger Ja Nein Pille
Stillen Sie gegenwärtig? Ja Nein Stäbchen
Haben Sie Zyklusschwankungen Ja Nein Hormonspirale
Sind Sie in den Wechseljahren Ja Nein Ring

Verwenden Sie Hormonpräparate? Wenn ja, welche: _____

6. Themen Männer

- Ich stelle Probleme bei Nassrasur fest
 Ich stelle eingewachsene Haare fest
 Ich möchte Haare an den Schultern und/oder Rücken reduzieren
 Ich möchte Haare an den Beinen und/oder Oberschenkel entfernen lassen
 Neigung zur Schweißbildung an Stirn und/oder Halsbereich

7. Medikamente/Nahrungsergänzung

- homöopathische Mittel
 lichtsensibilisierende Medikamente
 Abführmittel
 Kortikoide (Cortisonsalbe)
 Stimmungsaufheller (Antidepressiva)
 Antibiotika
 Nahrungsergänzungspräparate

Geben Sie an welche Medikamente Sie zur Zeit einnehmen: Coumadin, Marcumar, Aspirin)? _____

- Vitamine und ähnliche Stoffe vom Arzt verschrieben (z.B. Vit. D, Q 10, Vit B12)

8. Haben Sie Hauterkrankungen?

- ja Welche? _____
 nein

9. Haben Sie Allergien?

- ja Welche? _____
 nein

10. Haben Sie oft Stress?

- ja
 nein

11. Bräunungsmittel/ Bräunungsverfahren

Verwenden Sie regelmäßig Selbstbräuner?

- ja
 nein

Gehen Sie ins Solarium?

- ja
 nein Wann zuletzt? _____

Bräunen Sie sich regelmäßig?

- ja Wie oft? _____
 nein

Im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gestatte ich Zeitlos Kosmetik bis auf meinen Widerruf personenbezogene Daten zu speichern.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Hier folgend muss ein Elternteil und/oder Erziehungsberechtigter unterzeichnen wenn der/die zu behandelnde Person unter 18 Jahren alt ist!

Vor- und Familienname: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____