

Aufnahmeformular für kosmetische Behandlungen

Umfassendes Hautpflege-Aufnahmeformular für Gesichtsbehandlungen, Hautanalyse und ästhetische Dienstleistungen

Clienteninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Hautanalyse

Wie würden Sie Ihren Hauttyp beschreiben? *

- ☐ Trocken – fühlt sich straff an, kann abblättern
- ☐ Ölig – glänzend, vergrößerte Poren
- ☐ Mischhaut – ölige T-Zone, trockene Wangen
- ☐ Normal – ausgewogen, minimale Probleme
- ☐ Empfindlich – leicht irritierbar, reaktiv
- ☐ Dehydriert – feuchtigkeitsmangel, aber kann noch ölig sein

Was sind Ihre primären Hautprobleme? (Alles Zutreffende auswählen) *

- | | |
|--|---|
| ☐ Akne / Ausbrüche | ☐ Hautalterung / Feine Linien / Falten |
| ☐ Hyperpigmentierung / Dunkle Flecken | ☐ Rötung / Rosazea |
| ☐ Mattheit / Ungleichmäßiger Teint | ☐ Raue Textur / Große Poren |
| ☐ Trockenheit / Abblätterung | ☐ Sonnenschaden |
| ☐ Aknenarben | ☐ Augenringe / Schwellungen |
| ☐ Mitesser / Verstopfung | |

Welche Ergebnisse möchten Sie erreichen? *

Haut- und Behandlungsverlauf

Beschreiben Sie Ihre aktuelle Hautpflege-Routine *

Haben Sie sich bereits professionellen Gesichtsbehandlungen unterzogen? *

- ☐ Ja, regelmäßig ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein, dies ist meine erste

Haben Sie in den letzten 4 Wochen eines der Folgenden gehabt?

- ☐ Chemisches Peeling ☐ Microneedling ☐ Laserbehandlung
☐ Mikrodermabrasion ☐ Botox oder Filler ☐ Gesichtswaxing
☐ Nichts vom Obigen

Verwenden Sie Hautpflegeprodukte auf Rezept?

Gesundheitsinformationen

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- ☐ Ekzem ☐ Schuppenflechte
☐ Rosazea (diagnostiziert) ☐ Fieberbläschen / Herpes simplex
☐ Diabetes ☐ Autoimmunerkrankung
☐ Krebs (aktuell oder in Behandlung) ☐ Geschichte von Keloidnarben
☐ Schwanger oder stillend ☐ Keine der oben genannten

Bekannte Allergien (Hautpflege-Inhaltsstoffe, Latex, Duftstoffe usw.) *

Aktuelle Medikamente (einschließlich Nahrungsergänzungsmittel)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Accutane (Isotretinoin) genommen? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Dienstleistungsauswahl

Interessierende Dienstleistungen *

- | | |
|--|---|
| ☐ Basis- / Klassische Gesichtsbehandlung | ☐ Tiefenreinigung Gesichtsbehandlung |
| ☐ HydraFacial | ☐ Anti-Aging Gesichtsbehandlung |
| ☐ Aufhellende / Pigmentierungs-Gesichtsbehandlung | ☐ Akne Gesichtsbehandlung |
| ☐ Empfindliche Haut Gesichtsbehandlung | ☐ Dermaplaning |
| ☐ LED-Lichttherapie | ☐ Sauerstoff-Gesichtsbehandlung |
| ☐ Maßgeschneiderte / Empfehlung des Ästhetikers | |

Dienstleistungsprotokoll

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Schritt	Produkt	Notizen
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Zustimmung und Unterschrift

Ich bestätige, dass die bereitgestellten Informationen korrekt und vollständig sind. Ich verstehe, dass mein Ästhetiker diese Informationen zur Anpassung meiner Behandlung nutzt. Ich stimme den oben ausgewählten Hautpflegedienstleistungen zu und verstehe, dass die Ergebnisse je nach Person unterschiedlich ausfallen. Ich stimme zu, den Ästhetiker über etwaige Beschwerden während der Behandlung zu benachrichtigen.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung erteile.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: _____

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Datum *

TT / MM / JJJJ

Dieses Formular wurde kostenlos von Consentify bereitgestellt

Consentify wandelt Formulare wie dieses in digitale Einwilligungserklärungen um, die Ihre Kunden auf ihrem eigenen Telefon per QR-Code unterzeichnen – mit automatischen PDFs, Kontraindikations-Flaggen und verschlüsselter Speicherung.
Kostenloser Plan verfügbar unter <https://getconsentify.com>.

Nur eine Vorlage. Überprüfen Sie diese vor der Verwendung mit Ihrem eigenen zugelassenen Fachmann oder Rechtsbeistand; die Anforderungen variieren je nach Rechtsprechung und Praxis.