

TREAT

wellness & beauty

Dieser Fragebogen hilft mir dabei, dir die bestmögliche Entspannung zu bieten und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworte alle Fragen gewissenhaft und weise mich auf eventuell nicht erfragte, aber bestehende gesundheitlich Beschwerden hin. Selbstverständlich werden deine Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für deine Hilfe.

Zaneta Konstanciak

Name _____

Vorname _____

Fragen zu deiner Haut

Wann reinigst du dein Gesicht?

morgens abends

Welche Reinigungsprodukte verwendest du am Morgen bzw. am Abend?

Seife / Duschgel Mizellenwasser
 Reinigungsmilch / -lotion /-gel
 Reinigungsschaum Reinigungstücher
 Tonic mit oder ohne Alkoholanteil
 nur Wasser

Wie oft und womit peelst du deine Haut?

nie 1x in der Woche 1x im Monat
 Rubbel-Peeling Emzym-Peeling

Welche Pflegeprodukte verwendest du im Moment?

Tagescreme Tagescreme mit LSF
 Nachtpflege 24h-Pflegecreme
 Wirkstoff-Serum UV-Schutz

Wie würdest du deinen Hauttyp am ehesten einschätzen?

normale Haut Mischhaut / ölig T-Zone
 sensible Haut fettige Haut
 trockene Haut sonstige _____

Beschreibe bitte deinen momentanen Hautzustand in ungeschminktem Zustand z. B.

Unreinheiten dunkle Verfärbungen
 rote Äderchen bleich / müde
 trocken fettig
 Fältchen ausgeprägte Falten
 absackende Kontur Poren (groß / klein)

Wie fühlt sich deine Haut nach der Reinigung an?

fühlt sich gut an sie juckt
 sie brennt etwas spannt leicht und kurz
 spannt den ganzen Tag, auch mit der Creme

Wie fühlt sich deine Haut nach der Pflege über den Tag an?

fühlt sich gut an fühlt sich trocken an
 fettet schnell nach Fettglanz auf der Haut
 sie spannt, ich muss öfter nachcremen

Neigst du schnell zu Sonnenbrand?

ja nein

Was möchtest du an deinem Hautbild verbessern oder verändern?

- Befindest du dich in ärztlicher Behandlung oder nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? ja, warum / welche _____
 nein
- Hast du Allergien, Überempfindlichkeiten oder Hautkrankheiten? ja, welche _____ nein
- Gehst du in Solarium? ja, regelmäßig ab und zu nein
- Wie ist deine Trinkroutine? unter 1 Liter 1 bis 2 Liter mehr als 2 Liter
- Wie sieht deine Ernährung aus? ausgewogen mit viel Obst und Gemüse
 ja nein
 vegetarisch oder vegan

Fragen zu deinem Körper

- Hattest du im letzten Jahr eine Operation oder Knochenbruch? Ja Nein
 Wenn ja, wo? _____
- Hattest du schon einen Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden? Ja Nein
- Hast du zurzeit Probleme an der Halswirbelsäule oder Lendenwirbelsäule? Ja Nein
 Wenn ja, wo? _____
- Hast du Gelenkprothesen? Ja Nein
 Wenn ja, wo? _____
- Leidest du an Rheuma oder Gicht? Ja Nein
 Wenn ja, was ist besonders betroffen?

- Hast du Beschwerden in den Gelenken? Ja Nein
 Wenn ja, an welchen? _____
- Leidest du an Osteoporose? Ja Nein
- Bist du eventuell Allergiker? Ja Nein
- Leidest du unter Migräne? Ja Nein
- Leidest du unter hohem Blutdruck? Ja Nein
- Bestehen Gefäßerkrankungen z. B. Krampfader, Thrombose, Venenentzündung? Ja Nein
- Bist du Diabetiker? Ja Nein
- Wurde bei dir Krebs oder eine Geschwürbildung diagnostiziert? Ja Nein
- Bist du schwanger oder hast innerhalb der letzten sechs Monate ein Kind geboren? Ja Nein
- Sonstige gesundheitliche Beschwerden? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Mir ist bekannt, dass eine Anwendung der Entspannung dient und nicht der Behandlung einer Krankheit, chronischen Erkrankungen oder sonstigen körperlichen Beeinträchtigungen oder Verletzungen. Ich habe *die behandelnde Person* über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Falls mein Arzt oder Therapeut mir Empfehlungen oder Einschränkungen bezüglich einer Anwendung genannt hat, habe ich dieses mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anwendung auf eigene Verantwortung durchgeführt wird.

 Ort, Datum

 Unterschrift