Anamnesebogen Kosmetik

Bitte vor der ersten Behandlung vollständig ausfüllen. Deine Angaben schützen dich vor Unverträglichkeiten und Reaktionen.

Stempel / Studio

DEINE DATEN

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Adresse

GESUNDHEITSFRAGEN

1 **Hast du Allergien oder Unverträglichkeiten?** ☐ Nein ☐ Ja
z. B. Duftstoffe, Latex, Nickel, Kosmetik-, Kleber- oder Medikamentenallergien

2 **Hast du Hauterkrankungen?** ☐ Nein ☐ Ja
z. B. Neurodermitis, Rosacea, Akne, Schuppenflechte, offene Wunden

3 **Nimmst du regelmäßig Medikamente?** ☐ Nein ☐ Ja
z. B. Blutverdünner, Kortison, Isotretinoin (Roaccutan), Antibiotika, Hormone

4 **Bist du schwanger oder stillst du?** ☐ Nein ☐ Ja

5 **Hast du chronische Erkrankungen?** ☐ Nein ☐ Ja
z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf, Epilepsie, Autoimmunerkrankungen

6 **Neigst du zu Herpes (Lippenbläschen)?** ☐ Nein ☐ Ja

7 **Hast du Augenerkrankungen oder trägst du Kontaktlinsen?** ☐ Nein ☐ Ja
wichtig bei Wimpern- und Brauenbehandlungen

8 **Botox, Filler, OP oder Laser in den letzten 6 Monaten?** ☐ Nein ☐ Ja
Welche Behandlung, welcher Bereich, wann?

9 **Starke Sonne oder Solarium in den letzten 2 Wochen?** ☐ Nein ☐ Ja

10 **Verwendest du Retinol, Fruchtsäuren oder Peelings?** ☐ Nein ☐ Ja
z. B. Retinol, AHA/BHA, Vitamin-C-Seren

\+ **Sonstiges, das wir wissen sollten?**

HAUTTYP & WÜNSCHE

Hauttyp: ☐ normal ☐ trocken ☐ fettig ☐ Mischhaut ☐ sensibel

Was wünschst du dir von der Behandlung?

Pflegeprodukte, die du aktuell verwendest

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG VON GESUNDHEITSDATEN

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Über Änderungen meines Gesundheitszustands (z. B. neue Medikamente, Schwangerschaft) informiere ich das Studio vor der nächsten Behandlung.

Ich willige ein, dass das Studio meine Angaben – einschließlich Gesundheitsdaten (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO) – zur sicheren Durchführung und Dokumentation meiner Behandlungen speichert und verarbeitet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

☐ Ich bin einverstanden, dass Vorher-/Nachher-Fotos zur Dokumentation meiner Behandlung erstellt werden (freiwillig).

Ort, Datum

Unterschrift der Kundin

Muster-Vorlage ohne Gewähr – keine Rechtsberatung. Passe Fragen und Einwilligungstext an dein Studio und deine Behandlungen an und lass sie im Zweifel rechtlich prüfen.

Lieber digital?
Mit der App „Der Kosmetiker“ füllt deine Kundin den Bogen am iPhone/iPad aus und unterschreibt mit dem Finger – Allergien erscheinen automatisch als Warnung in der Kundenakte.

der-kosmetiker.de