

Interessentenfragebogen

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

NEWSLETTER ABONNIEREN Ja Nein

Folgende Bereiche sollen behandelt werden:

GESICHT

Oberlippe Kinn Wangen Hals Ohren Augenbrauen

KÖRPER

Achseln Brust Bauch Rücken Bikinizone Intimbereich
 Po Arme Hände Füße Unterschenkel Oberschenkel

andere _____

Die Haare sind ...

hell (unpigmentiert, blond oder rötlich) dunkel (braun oder schwarz)
 fein (Vellushaare) dick (Terminalhaare)

FOLGENDE HAARENTFERNUNGSMETHODEN WURDEN BEREITS DURCHGEFÜHRT

Rasur Fadenepilation Zupfen Sugaring Warmwachs/Kaltwachs
 Laser Lichtepilation andere _____

WAS UND WANN ZULETZT?

_____ am _____

BESTEHEN AKUTE ODER CHRONISCHE ERKRANKUNGEN ODER ALLERGIEN? Ja Nein

WENN JA, WELCHE? _____

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE? Ja Nein

WENN JA, WELCHE? _____

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und korrekt sind

Ort, Datum

Unterschrift