

## Unverträglichkeitsbogen

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ihr Ansprechpartner (Kosmetikstudio): \_\_\_\_\_

Alter:     unter 20 J.         20-30 J.         30-40 J.         40-50 J.  
              50-60 J.         60-70 J.         über 70 J.

Hauttyp:     normal                 empfindlich                 unrein, fettend     unrein, empfind.  
                feuchtigkeitsarm     reif, anspruchsvoll     fehlende Spannkraft

Auf welches CNC-Produkt hat sich die Unverträglichkeit gezeigt?

\_\_\_\_\_

Nach wie vielen Anwendungen hat sich die Unverträglichkeit gezeigt? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon Unverträglichkeiten auf andere Kosmetikprodukte?     ja     nein

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Kosmetikprodukte verwenden Sie momentan?

zur Reinigung \_\_\_\_\_

als Lotion \_\_\_\_\_

zur Tagespflege \_\_\_\_\_

zur Nachtpflege \_\_\_\_\_

Ampulle / Maske \_\_\_\_\_

zur Körperpflege \_\_\_\_\_

Wie wirkte sich die Unverträglichkeit aus bzw. welche Reaktionen hatten Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie den Allergiepass Ihres Arztes bei.**