

Name: \_\_\_\_\_

Spiegel Nr.: \_\_\_\_\_

Diagnose (so ist das Haar jetzt):

Haarstärke:

- fein                       normal                       stark

Struktur – Haarzustand:

- natur                       oxidativ getönt                       Restdauerwelle                       strapazierte Spitzen  
 gefärbt                       hellergefärbt/blondiert                       Strähnen                       porös

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Farbton	Farbtiefe	Farbrichtung
Ansatz		
Länge		
Spitzen		

Weißanteil

- Oberkopf     stark     mittel     schwach  
 Konturen     stark     mittel     schwach  
 Hinterkopf     stark     mittel     schwach

Kundenwunsch (so soll es fertig aussehen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Behandlungsplan (nötige Schritte):

Rezeptur:

Marke	Nuance/ Nummer	Menge cm <sup>3</sup>	H <sub>2</sub> O: %	Menge cm <sup>3</sup>

Vorbehandlung

Nachbehandlung (Technik, Produkt)

Abschlussbehandlung (Produkt)

Einwirkzeit:

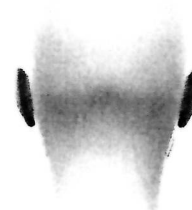
\_\_\_\_\_

Verwendete Auftragetechniken (genaue Beschreibung und Skizze):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_

Spiegel Nr.: \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

Hautoberfläche:	T-Zone	Wange	Poren:	T-Zone	Wange
fein/ebenmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleinporig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uneben/trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fett/glänzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	großporig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zu Faltenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
gerötet/empfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Durchblutung:</b>		
			stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Besonderheiten:**

<input type="checkbox"/> Muttermale	<input type="checkbox"/> Sommersprossen	<input type="checkbox"/> Komedonen	<input type="checkbox"/> Schuppen trocken
<input type="checkbox"/> Altersflecken	<input type="checkbox"/> Leberflecken	<input type="checkbox"/> Pustelbildung	<input type="checkbox"/> Schuppen fett
<input type="checkbox"/> helle Flecken	<input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Milien (Grieskörner)
		<input type="checkbox"/> Narben	<input type="checkbox"/> sonstiges

**Behandlungsplan** (Aufgrund der Hautbeurteilung verwendete Produkte):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Beilage 3:

Name:

Skizze mit den Schnittlinien des geplanten Haarschnittes

