

## Kunden Anamnesebogen

Datum:

Name des Kunden: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/Alter: \_\_\_\_\_

### 1. Anamnese:

Ernährung: \_\_\_\_\_

Genussmittel (z.B. Zigaretten, Alkohol): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankheiten: (z.B. Blutdruck, Diabetes, Schilddrüse usw.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien, Unverträglichkeiten, Schwangerschaft, sonstige Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sauna: ja  nein  Wie häufig? \_\_\_\_\_

Sonne: ja  nein  Wie häufig? \_\_\_\_\_

Solarium: ja  nein  Wie häufig? \_\_\_\_\_

Pflegegewohnheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Porigkeit der Haut** (fein, normal, groß):

Stirn: \_\_\_\_\_

Nase: \_\_\_\_\_

Kinn: \_\_\_\_\_

Wangen: \_\_\_\_\_

Auge: \_\_\_\_\_

Hals: \_\_\_\_\_

Dekoletté: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Hautunreinheiten** (Komedonen, Papeln, Pusteln, Milien, Talgzysten usw.):

---

---

---

---

---

---

---

---

**Pigmentstörungen** (Altersflecken, Leberflecken, Sommersprossen/Epheliden, Muttermale/Naevi, Weißflecken/Vitiligo, usw.):

---

---

---

---

---

---

---

---

**Haut- und Gefäßbesonderheiten** (Spidernaevi, Venektasien, Teleangiektasien, Narben, Warzen usw.):

---

---

---

---

---

---

---

---

**Überbehaarung** (Hypertrichose):

---

---

---

---



