

## INTERESSENTENFRAGEBOGEN

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Folgende Bereiche sollen behandelt werden:

#### GESICHT

- ☐ Oberlippe   ☐ Kinn   ☐ Wangen   ☐ Hals   ☐ Augenbrauen   ☐ Ohren

#### KÖRPER

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

- ☐ andere \_\_\_\_\_

### Die Haare sind:

- ☐ fein (Vellushaare)   ☐ dick (Terminalhaare)  
☐ hell (weiß, blond, rot)   ☐ dunkel (braun, schwarz)

### Folgende Haarentfernungsmethoden wurden in den letzten 3 Jahren durchgeführt:

(Bitte geben Sie möglichst genau an wann welcher Bereich zuletzt enthaart wurde)

- ☐ Rasur \_\_\_\_\_
- ☐ Zupfen \_\_\_\_\_
- ☐ Waxing \_\_\_\_\_
- ☐ Sugering \_\_\_\_\_
- ☐ Laser \_\_\_\_\_
- ☐ IPL o. ä. \_\_\_\_\_
- ☐ andere \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und korrekt sind

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift