

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 _____