

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