

Beratungsfragebogen



Nicole Polster
GANZHEITLICHE NATURFRISEURIN

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

Datum:

Berater(in):

1) Wie oder durch wen sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

2) Was hat Sie veranlasst mich aufzusuchen?

3) Mit welchen Wünschen sind Sie zu mir gekommen?

4) Was gefällt Ihnen an Ihren Haaren?

5) Was stört Sie an Ihren Haaren?

6) Wann ist es besser?

7) Wann ist es schlechter?

8) Womit pflegen Sie Ihre Haare?

9) Wie reinigen Sie Ihre Haare?

10) Verwenden Sie Finishprodukte? JA NEIN

a) Wenn ja, welche?

11) Haben Sie Kopfhautprobleme? JA NEIN

a) Wenn ja seit wann?

b) Wie behandeln Sie diese bis jetzt?

c) Hat sich dadurch etwas verbessert?

12) Wie ist Ihre natürliche Haarfarbe?

13) Wird Ihr Haar schnell fettig?

14) Haben Ihre Haare genug Stand oder Volumen?

15) Wie lassen sich Ihre Haare kämmen?

a) trockener Zustand:

b) nasser Zustand:

16) Wie reagieren Ihre Haare auf Feuchtigkeit?

17) Laden sich Ihre Haare elektrisch auf?

18) Brechen Ihre Haarspitzen ab?

19) Leiden Ihre Haare unter Haarspliss?

20) Wie sind Sie mit Ihren Fingernägeln zufrieden?

21) Spalten sich Ihre Nägel?

22) Quersfurchen und Längsfurchen der Nägel?

23) Verfärbungen an den Nägeln?

24) Sind Sie mit Ihrer Gesichtshaut zufrieden?

25) Welche Kosmetikprodukte verwenden Sie?

26) Leiden Sie unter Allergien?

a) Welche?

b) Seit wann?

27) Nehmen Sie Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja:

a) Warum?

b) Welche?

c) Seit wann?

28) Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? VIEL GEHT SO WENIG

a) Welche?

29) Wie ernähren Sie sich am Tag?

a) am Morgen?

b) am Mittag?

c) am Abend?

d) zwischendurch?

30) Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich?

Wenn ja:

a) Welche?

31) Betreiben Sie Sport? JA NEIN

Wenn ja:

a) Welchen?

32) Bewegen Sie sich täglich an der frischen Luft?

33) Schlafverhalten: GUT EHER SCHLECHT

34) Notizen: