

# Hautzustandsanalyse

Medizinisch-cosmetologisches Therapie- und Analysezentrum  
der Deutschen Gesellschaft für Hautgesundheit e.V.

## FRAGEBOGEN ZUR ERMITTLUNG EINER COMPUTERGESTÜTZTEN HAUTANALYSE

### FRAGEN ZUR PERSON

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### **WELCHE BEHANDLUNGSZIELE SIND FÜR SIE VORRANGIG? (maximal 5 Antworten möglich)**

- Meine Mimikfältchen sollen vermindert werden
- Mein Gewebe soll sich wieder fester und straffer anfühlen
- Meine Haut soll intensiv vor vorzeitiger Alterung geschützt werden
- Meine Lippenfältchen sollen verfeinert werden
- Meine Haut reagiert oft empfindlich und soll in ihrer Abwehrkraft gestärkt werden
- Meine Pigmentflecken im Gesicht/ an den Händen und/ oder am Dekolleté sollen neutralisiert werden
- Meine oft müde und fahl wirkende Haut soll wieder rosig erscheinen
- Meine Poren sollen verfeinert werden
- Meine allergischen Hautreaktionen sollen behandelt werden
- Meine erweiterten Äderchen sollen gemildert werden
- Meine Augenschatten und Tränensäcke sollen reduziert werden
- Meine Pickel und Unreinheiten sollen abgebaut werden
- Meine Hände sollen vor UV-Alterung und alltäglichen Belastungen geschützt werden
- Meine weichen, brüchigen Nägel sollen gefestigt werden
- Ich bin mit meiner Haut zufrieden und möchte nur entspannen

### **BISHERIGE SCHÖNHEITS- ODER ÄSTHETIKBEHANDLUNG BEIM ARZT/ KOSMETIKINSTITUT**

- Gehen Sie regelmäßig zur Kosmetikerin? ja  nein
- Wurde bei Ihnen jemals ein systematischer Hautaufbau durchgeführt? ja  nein
- Wann wurde Ihr aktueller Hautzustand zum letzten Mal mittels Fragenkatalog analysiert? \_\_\_\_\_
- Liegen kosmetische Unterlagen hierzu vor? ja  nein
- Hatten Sie schon einmal eine Schönheits-OP? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_
- Wurde in den letzten 2 Monaten bei Ihnen eine Faltenunterspritzung durchgeführt?  
(zutreffendes bitte ankreuzen) ja, Botox  ja, Hyaluronsäure  ja, andere Filler
- Nehmen Sie bereits Nahrungsergänzungspräparate? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## HAUTZUSTAND

- Glänzt Ihre Haut oft im Laufe des Tages?
- Leiden Sie an Neurodermitis?
- Haben Sie eine Schuppenflechte?
- Wurde bei Ihnen Rosacea oder Couperose diagnostiziert?
- 

## HAUTPROBLEME

- Ist Ihre Haut rau, spannt und juckt sie manchmal?
- Fühlt sich Ihre Haut in letzter Zeit weniger fest an?
- Haben Sie in den letzten Monaten deutlich mehr sichtbare Falten bekommen?
- Haben Sie in letzter Zeit häufiger kleine Trockenheitsfältchen im Augen- und/oder Jochbeinbereich?
- Haben sich Anzahl und Größe Ihrer Pigmentflecken in letzter Zeit vermehrt?
- Sieht Ihre Haut oft blass, müde und fahl aus?
- Haben Sie nach dem Reinigen häufig ein unangenehmes Spannungsgefühl?
- Schwitzen Sie schnell im Gesicht und am Kopf?
- Neigen Sie zu Pickeln und entzündlichen Prozessen?
- Schließen sich Wunden bei Ihnen nur sehr langsam?
- Reagiert Ihre Haut auf Kälte, Wind und Sonne mit Rötungen, Jucken oder Brennen?
- Haben Sie häufig spröde, rissige Lippen und/oder Mundwinkel?
- Sind Ihre Fingerkuppen oder Handinnenflächen in letzter Zeit oft trocken und spröde?
- Haben Sie rote bis blaurote Äderchen an den Beinen?
- Bekommen Sie schnell blaue Flecken?
- Haben Sie Cellulite (Orangenhaut)?
- 

## ALLERGIEN

- Litten oder leiden Sie an allergischen Hautreaktionen?
- Haben Sie eine Lebensmittelallergie?
- Liegt bei Ihnen eine Gluten-Unverträglichkeit vor?
- Liegt bei Ihnen eine Lactoseintoleranz vor?
- Leiden Sie unter Heuschnupfen und/ oder Asthma?
- Liegt bei Ihnen eine Sonnenallergie vor?
- Leiden Sie öfter unter Herpes?
- 

## ERNÄHRUNG

- Ernähren Sie sich ausschließlich vegan?
- Ernähren Sie sich ausschließlich vegetarisch?
- Lassen Sie das Frühstück oft ausfallen?
- Machen Sie häufig Diäten zur Gewichtsreduktion?
- Sind Ihre Mahlzeiten eher unregelmäßig?
- Ernähren Sie sich hauptsächlich eiweißreich (viel Fleisch- und Milchprodukte)?
- Nehmen Sie oft Fertiggerichte oder Fastfood zu sich?
- Ernähren Sie sich vorwiegend kohlenhydratlastig (viel Brot, Nudeln, Reis, Pizza)?
- Essen Sie weniger als 600 Gramm Obst/ Gemüse am Tag?
- Essen Sie weniger als 2 x pro Woche Fisch?
- Essen Sie oft Kuchen oder Süßigkeiten?
- Trinken Sie oft zuckerhaltige Getränke?
- Trinken Sie weniger als 2 Liter Wasser/ Tee pro Tag?
- Trinken Sie mehr als 3 Tassen Kaffee pro Tag?
- Trinken Sie täglich mehr als 1 Glas Wein/ 1 Flasche Bier?
-

## LIFESTYLE

- Arbeiten Sie länger als 3 Stunden pro Tag am Computer?
- Haben Sie einen Fernseher im Schlafzimmer?
- Telefonieren Sie mit Ihrem Handy länger als 60 Minuten am Tag?
- Halten Sie sich häufig in klimatisierten Räumen auf (Flugzeug, Hotel, Arbeit)?
- Rauchen Sie?
- Setzen Sie sich mehr als 80 Stunden im Jahr direkter Sonnenbestrahlung aus (Sonnenbäder/Solarium) ?
- Bekommen Sie schnell einen Sonnenbrand und bräunen nur sehr langsam?
- Betreiben Sie weniger als 2 x pro Woche Sport?
- Haben Sie häufig Stress und/ oder Zeitnot?
- Schlafen Sie weniger als 7 Stunden?
- Werden Sie immer zur gleichen Zeit wach (zwischen 1 und 3 Uhr)?
- 

## MEDIKAMENTE

- Nehmen Sie die Pille?
- Nehmen Sie Hormonersatzpräparate?
- Nehmen Sie regelmäßig Appetitzügler?
- Nehmen Sie häufig Abführmittel?
- Müssen Sie aus gesundheitlichen Gründen Beruhigungs- und/oder Schlafmittel einnehmen?
- Müssen Sie aus gesundheitlichen Gründen Entwässerungstabletten einnehmen?
- Haben Sie vor kurzer Zeit Antibiotika oder Sulfonamide eingenommen?
- Nehmen Sie häufig Asperin oder andere Schmerzmittel ein?
- 

## SONSTIGE BESCHWERDEN

- Haben Sie unregelmäßige Monatsblutungen?
- Haben Sie Hitzewallungen?
- Haben Sie Wechseljahrsbeschwerden?
- Haben Sie oft Magenschmerzen oder Sodbrennen?
- Sind Sie Diabetiker Typ II?
- Sind Sie Diabetiker Typ I?
- Haben Sie einen erhöhten Cholesterinspiegel?
- Sind Sie häufig erkältet?
- Haben Sie Muskel- oder Gelenkschmerzen?
- Fühlen Sie sich häufig müde und erschöpft?
- Haben Sie in letzter Zeit Gewichtsprobleme?
- Leiden Sie unter Haarausfall?
- Leiden Sie unter starker Gesichtsbehaarung?
- Leiden Sie in letzter Zeit unter verstärktem Harndrang?
- 

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass diese Daten zum Zwecke einer umfassenden persönlichen Hautzustandsanalyse an das medizinisch-cosmetologische Therapie- und Analysezentrum der Deutschen Gesellschaft für Hautgesundheit e.V. weitergeleitet werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

