



ERSTKUNDENFAGEBOGEN

Wenn ich Sie und Ihre Bedürfnisse bezüglich Ihrer Haare schon vor dem Ersttermin etwas näher kennenlerne, kann ich Ihnen und Ihren Haaren besser dienen. Nachfolgend finden Sie einige Fragen bezüglich des Zustands Ihrer Haare und Ihrer Kopfhaut und zu dem, was Sie sich für Ihre Haare und Ihr Aussehen wünschen. Wenn Sie nicht alle Fragen beantworten möchten oder diese für den Termin nicht relevant sind, lassen Sie diese einfach aus.

Persönliche Daten:	Datum: _____
Vor-, Nachname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße, Haus. Nr.: _____	Telefon: _____
PLZ Wohnort: _____	E-Mail: _____

Welche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Durch was sind Sie auf die **NATUR HAAR ENERGIE PRAXIS** aufmerksam geworden. _____

Welche Dienstleistung interessiert Sie?

Haare Haarwuchs Aura/Energie Seminare

Welchen Haarschnitt-Erlebnisraum wünschen Sie? _____

Wünschen Sie Beratung zu natürlicher Haarpflege? Ja Nein

Was ist Ihr Wunsch/Ziel/Thema/Anliegen? _____

Eigendiagnose:
Was lieben Sie an Ihren Haaren? _____
Was lieben Sie weniger an Ihren Haaren? _____
Wie beschreiben Sie den Zustand Ihrer Haare und Ihrer Kopfhaut? _____

• <u>Kopfhaut:</u> normal juckt fettig schuppig trocken empfindlich
• <u>Haare:</u> normal fein schwer ohne Stand widerspenstig trocken spröde

Wie behandeln Sie Ihre Haare?

- Wie oft waschen Sie Ihre Haare? _____
- Welche Haarpflege-Produkte benutzen Sie? _____
- Wie oft bürsten und massieren Sie Ihre Kopfhaut? _____
- Verwenden Sie chemische Faktoren wie Farbe oder Strähnen? _____
- Wie oft lassen Sie Ihre Haare schneiden? _____
- Sonstiges: _____



Was bewegt Sie momentan in Ihrem Leben?

- körperlich: _____
- emotional: _____
- mental: _____
- seelisch: _____
- Haben Sie in den vergangenen zwei Jahren eine Trennung erlebt? _____
- Ist jemand aus Ihrer Familie oder dem näheren Bekanntenkreis gestorben? _____

Wie schätzen Sie Ihren Durchschnittlichen Stresslevel ein?

niedrig 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 hoch

Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

bestens 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr beeinträchtigt

Haben Sie Gesundheitliche Einschränkungen? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Ernährung:

- Wie ernähren Sie sich vorwiegend? Mischkost Vegetarisch Vegan Sonstige
- Sind Sie eher über- oder untergewichtig? _____
- Trinken Sie Kaffee? Ja Nein Wenn ja, wie viel? _____
- Wie viel Wasser/Tee trinken Sie täglich? _____
- Tun Sie etwas für die Entgiftung? Ja Nein
 - Wenn ja, was? _____ Wie oft? _____
- Verwenden Sie Nahrungs-Ergänzungspräparate? Ja Nein
- Wenn ja, welche? Seit wann? _____
- _____
- Haben Sie Fragen? _____

Gibt es etwas, das ich wissen sollte, damit Ihr Termin so entspannend und angenehm wie möglich wird?

Bitte bringen Sie nach Möglichkeit Ihre derzeitigen Pflegeprodukte und Werkzeuge mit.

Bitte nehmen Sie während der Behandlung eine „Handy-Aus-Zeit“, danke.

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG (siehe Beiblatt)

Datum _____ Unterschrift _____

Möchten Sie den Newsletter der NATUR HAAR ENERGIE PRAXIS abonnieren? Ja Nein

Vielen Dank!

Seite 2 von 2