

# Marina Müller

C O S M E T I C S

Liebe/r Frau/Herr  
Wir begrüße Sie im Marina Müller Cosmetics©Studio.  
Folgende Dienstleistungen biete wir an

- Hautdiagnose / Anamnese
- Kosmetikbehandlungen
- Problemhaut / Aknebehandlung
- Anti-Aging Behandlung
- Beautypeel
- Microneedling
- Kräuterschälkur
- Apparative Behandlungen
- IPL - E-Light Anti-Aging Hautstraffung
- IPL - SHR Dauerhafte Haarentfernung
- IPL - E-Light Aknebehandlung
- Ultraschallbehandlung
- Kavitation
- Radiofrequenz
- Wimpernverlängerung / -Verdichtung
- Wimpernlifting
- Professionelle Make-ups / -Beratung
- Sugaring / Waxing

Schenken Sie uns einige Minuten Ihrer Zeit damit wir Ihre Wünsche bezüglich Ihrer Haut und ihrer aktuellen Pflege kennenlernen dürfen.

Die nachstehenden Informationen werden vertraulich behandelt und nur Betriebsintern von Marina Müller Cosmetics© Mitarbeiter /innen für die Dokumentation Ihres Erfolges verwendet. Sie dienen uns als Hilfe für eine fachgerechte und zielorientierte Behandlung die Ihren wünschen und Bedürfnissen entspricht.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

(Bitte füllen Sie den Fragebogen in Druckbuchstaben aus.)

**1. Wie pflegen Sie ihre Haut und welche Produkte nutzen Sie aktuell?**

Reinigung: \_\_\_\_\_

Tagespflege/Nachtpflege: \_\_\_\_\_

Augenpflege: \_\_\_\_\_

Masken: \_\_\_\_\_

Ampullen/Seren: \_\_\_\_\_

Bodylotion: \_\_\_\_\_

Handpflege: \_\_\_\_\_

Fußpflege: \_\_\_\_\_

*\*Benutzen sie ein Reinigungspad aus Bambus oder Microfaser wenn ja wie oft?*

\_\_\_\_\_

**2. Wieviel Zeit nehmen Sie sich für Ihre tägliche Hautpflege?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Welche Ziele möchten Sie mit Ihrer Hautpflege und unserer Behandlung erreichen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Sind Sie das erste mal in unserem Kosmetikstudio? Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Welche Erwartungen stellen Sie an unser Studio?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Welche Behandlungsmethoden wurden bei Ihnen angewendet und in welchen Abständen?** z.B. Haarentfernung, Gesichtsbildung, Wimpernverlängerung, IPL-Behandlung, usw.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6. Hatten Sie jemals Probleme nach oder während einer Behandlung oder einer Haarentfernung?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

Wenn Ja welche:

---

---

---

**7. Leiden Sie unter Allergien oder Hauterkrankungen?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

Wenn Ja welche?

---

---

---

**8. Gehen Sie zum Hautscreening oder sind Sie regelmäßig in hautärztlicher Behandlung?**

Ja \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

In Behandlung weil

---

---

---

**9. Nehmen Sie Medikamente / Hormone ein**

Ja: \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

Ja, folgende Medikamente nehme ich ein:

---

---

---

**10. Wurde Ihre Haut in den letzten 4-6 Wochen mit Fruchtsäure behandelt? Haben Sie eine Kräuterschälkur in Anspruch genommen oder wurden Sie gelasert?**

Ja: \_\_\_\_\_

Nein: \_\_\_\_\_

Wenn Ja welche Behandlung und welcher Körperregion:

---

---

**11. Wie ernähren Sie sich? Wieviel trinken Sie täglich?**

z.B, Ausgewogen, Vegan, Bio, Süßes, Min.2Liter täglich ?

---

---

---

**12. Rauchen Sie?**

---

**13. Treiben Sie Sport?**

---

**14. Dürfen wir Ihren Behandlungsverlauf digital (Foto) dokumentieren?**

Fotos werden nur für den Behandlungsverlauf verwendet und werden vertraulich behandelt.

Ja: 

---

Nein: 

---

Ja unter Vorbehalt.

---

---

**15. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie künftig über Aktionen und Terminvereinbarungen per WhatsApp kontaktieren?**

Ja: 

---

Nein: 

---

Ihr Anliegen ist uns wichtig. Wir arbeiten jeden Tag mit Hochdruck daran jede einzelne Anfrage zu beantworten, jedes Problem zu lösen, mit jeder Kritik ein kleines Stück zu wachsen und besser zu werden.

Sollten Sie mit Ihrer gebuchten Behandlung oder Dienstleistung nicht zufrieden sein bitten wir Sie uns dieses mitzuteilen. In dringenden Fällen können Sie uns auch sehr gerne telefonisch erreichen. [marina.mueller-cosmetics@gmx.de](mailto:marina.mueller-cosmetics@gmx.de) 0176-80241596

Wir sind bestrebt unser Bestes zu geben und bedanken uns für Ihre Zeit und Ihr entgegengebrachtes Vertrauen. Wir werden Ihre Daten vertraulich behandeln und zu keinem Zeitpunkt an unbefugte oder Dritte leiten.

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift: .....

\*Wissenswertes: Sollten Sie Ihr Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig (mind. 24h vor der Behandlung) abzusagen.

\*Verspäten Sie sich um mehr als 15min müssen wir Ihnen die verspätete Zeit von der Behandlung abziehen und den vollen Behandlungspreis berechnen.

\*Sollten sie mit unseren Dienstleistungen zufrieden sein freuen wir uns über ein freundliches Feedback auf Google Facebook und Instagram.