



Name

Vorname

Welche Areale sollen behandelt werden:

Gesicht:

☐ Oberlippe ☐ Kinn ☐ Wangen ☐ Hals ☐ Augenbrauen ☐ Ohren

Körper:

☐ Achseln ☐ Brust ☐ Bauch ☐ Rücken ☐ Bikinizone
☐ Gesäß ☐ Arme ☐ Hände ☐ Füße ☐ Oberschenkel ☐ Unterschenkel

weitere Bereich: _____

Die Haare sind:

fein (Vellushaar/Flaumhaare)
hell (weiß, blond, rot)

dick (Terminalhaare)
dunkel (braun, schwarz)

Folgende Haarentfernungsmethoden wurden in den letzten 3 Jahren durchgeführt:

(Bitte möglichst genau angeben, **wann** und **wie**, welcher Bereich zuletzt enthaart wurde!)

Rasur _____

Zupfen _____

Waxing _____

Sugaring _____

Laser _____

IPL o. ä. _____

andere _____

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben vollständig und korrekt sind.

Ort, Datum

Unterschrift