

Datum der Anamnese: \_\_\_\_\_

**Note for English speaking clients:** The English version can be found after the German part in this document. Or can be requested from Wolfgang Ratschmeier. Please skip the German part in case you prefer English and start answering the English "MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE" |  I use the English version

## ANAMNESE & AUFKLÄRUNGSBOGEN (DEUTSCH)

Vereinbarung bei Gesichtsbehandlungen / Anamnesebogen / Karteikarte

### 1. Persönliche Daten

Falls oben nicht bereits vollständig abgedruckt sichtbar:

\* Pflichtangaben

Vor- & Nachname: \*

Straße & Nr.: \*

PLZ & Ort: \*

Telefon privat: \*

Mobiltelefon: \*

E-Mail:

Geburtsdatum: \*

### 2. Im Folgenden ein paar allgemeine Fragen mit der Bitte um Ihre Selbsteinschätzung:

2.1 Wie wohl und gut fühlen Sie sich allgemein auf einer Skala von 1 bis 10?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nicht so gut					ausgezeichnet					

2.2 Was ist Ihr Hauptziel für Ihre Haut?

Sortieren Sie die Optionen nach der Wichtigkeit für Sie. (1 = Am wichtigsten, 2 = nachrangig etc.)

- Generell gesündere und bessere Haut
- Hautprobleme adressieren
- Fokus auf Anti-Aging
- Gerne auch intensive Behandlungen zur Verbesserung der Hautstruktur

2.3 Haben Sie irgendwelche Allergien, die ich von Ihnen wissen sollte?

\_\_\_\_\_

2.4 Gibt es Inhaltsstoffe in Produkten, die Sie nicht vertragen? (z.B. Phenoxyethanol)

\_\_\_\_\_

2.5 Wie würden Sie selbst die Beschaffenheit Ihrer Haut beschreiben? Bitte kreuzen Sie eine Option an.

- Akne (Pickelchen, schwarze Komedonen)
- Mischhaut (Manche Stellen sind ölig/fettig)
- Normale Haut
- Empfindliche Haut
- Trockene Haut
- Ekzeme
- Psoriasis (Schuppenflechte Gesicht)
- ein anderer Zustand: \_\_\_\_\_
- Ich kann das nicht selbst einschätzen

2.6 Wie würden Sie die Trockenheit Ihrer Haut einschätzen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht trocken					extrem trocken					

2.7 Zeigt Ihre Haut Rötungen und Sensibilität?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					sehr extrem					

2.8 Hat Ihre Haut schwarze Talgpünktchen (Einlagerungen in Poren z.B. Wange / Nase)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					sehr extrem					

2.9 Wie schätzen Sie selbst die Fettigkeit der Haut ein?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					sehr extrem					

2.10 Ist Ihre Haut sogar von Pusteln und größeren Pickeln betroffen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					sehr extrem					

2.11 Zeigt Ihre Haut Pigmentflecken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					sehr extrem					

2.12 Würden Sie sagen Ihre Gesichtshaut ist betroffen von Festigkeitsverlust und reduzierter Spannkraft bzw. Wangen sinken ab / Nasolabialfalte?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					stark					

2.13 Sehen Sie auf der Gesichtshaut Fältchen? (Stirne, Augen etc.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht					stark					

### 3. Selbsteinschätzung der Haut

- Meine Haut ist nicht einfach zu pflegen
- Sonnenschutz habe ich bisher nur im Urlaub oder Wanderungen / Aufenthalt in der Sonne verwendet
- Eine spezielle Sonnenpflege für das Gesicht habe ich bisher nicht verwendet.
- Ich war bisher gar nicht oder äußerst selten bei einer Kosmetikerin bzw. Kosmetiker.

3.1 Wie beurteilen Sie die Porengröße im Gesicht?

- große Poren
- normale bis große Poren
- fein

### 4. Ihre aktuellen Pflegegewohnheiten

4.1 Was verwenden Sie gerade in der täglichen Hautpflege?

- Nichts
- Feuchtigkeitscreme
- Serum / SKIN BOOSTER
- Hautöl
- Gesichtereinigung und Gesichtswasser
- Gesichtereinigung und Peeling und Feuchtigkeitscreme
- Retinol und ähnliche Intensivseren
- Fruchtsäure und Feuchtigkeitscreme
- Systematisches Pflegeprogramm aus Reinigung, Gesichtswasser, Serum, Feuchtigkeitscreme und Peeling
- Keine der Kombinationen sondern:

---



---

4.2 Wenn Sie regelmäßig eine Reinigung nutzen möchten oder bereits nutzen, welche Arten von Gesichtereinigungen bevorzugen Sie?

- Reinigungsgel
- Reinigungsschaum
- Reinigungsmilch
- Reinigungsöl
- Habe keine bevorzugte Art von Reinigungen

4.3 Wie oft haben Sie bisher Ihre Haut gereinigt?

- Dusche (keine spezielle für das Gesicht)
- Ab und an jede Woche
- Am Abend
- Am Morgen
- Jeden Morgen und Abend
- Mehr als zweimal am Tag

### 5. Wenn Sie Make-Up benutzen:

Geben Sie an welche Arten von Produkten Sie nutzen:

- Ich nutze eine Foundation
- Ich nutze Concealer
- Ich nutze stark deckende auf Wachsen basierende Camouflage
- Ich nutze Lidschatten, Rouge oder auch Lippenstift
- Ich nutze loses Puder
- Ich nutze Mineralpigmentpuder

### 6. Informationen zu Ihren Lebensgewohnheiten

6.1 Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag ein

- 1 bis 2
- 3
- Mindestens 3 + zusätzliche Zwischenmahlzeiten

6.2 Kreuzen Sie die Nahrungsmittel an, die Sie in Mehrheit essen. Und in der zweiten Spalte, die Sie essen, aber eher weniger oft.

mehrerheitlich	seltener	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemüse, Obst
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salat, Sprossen, frische Kräuter
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hirse, Quinoa, Amarant, Buchweizen
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kartoffel, Reis, Hafer
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemüsesäfte / Fruchtsaft-Schorle mit stillem Wasser
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapsöl, Hanföl oder hochwertige Pflanzenöle
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soja, Lupinenprodukte
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eier, Vollkornprodukte
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hülsenfrüchte
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agavendicksaft, Honig
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Milch, Käse, Joghurt und/oder Quark
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweinefleisch, Wurstwaren
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rindfleisch, Wild
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weizenmehl, Roggenmehl, Dinkel
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol _____ Gläser pro Woche

6.3 Sind Sie Raucher?  nein  ja Bei ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? \_\_\_\_\_

6.4 Wo halten Sie sich am Tag vermehrt auf?  
 im Freien  in geschlossenen Räumen

6.5 Treiben Sie regelmäßig Sport?  nein  ja  
Welche Sportarten?

---

6.6 Fliegen Sie viel?  nein  ja \_\_\_\_\_ Flüge im Jahr.

## 7. Gesundheitszustand mit Relevanz zu Hautthemen (Was ist Ihnen bekannt)

- Heuschnupfen
- Kreislaufprobleme
- Bluthochdruck (Hypertonie)
- häufig auftretende Migräne/Kopfschmerzen
- Schilddrüsenüber bzw. -unterfunktion
- Magen-/Darmprobleme (Reizdarm, Völlegefühl, Blähungen, Verstopfung)
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wenn ja, welche:

- 
- Hepatitis  HIV
  - Diabetes Typ 1 (Insulin)
  - Diabetes Typ 2 (Tabletten)
  - Blutgerinnungsstörungen
  - Bronchialasthma  Krebs
  - Nierenfunktionsstörungen

Fortsetzung 6. Gesundheit:

- Epilepsie  Krampfadern

Neigen Sie zu Narbenkelloiden?  nein  ja

Haben Sie ein Implantat (z.B. Herzschrittmacher, Metallimplantate, Zahn)  nein  ja

## 8. Hormonstatus (Frauen)

Sind Sie schwanger  nein  ja

Stillen Sie gegenwärtig?  nein  ja

Haben Sie Zyklusschwankungen  nein  ja

Sind Sie in den Wechseljahren  nein  ja

Verwenden Sie Hormonpräparate? Wenn ja, welche:

---

- Pille  Stäbchen  Hormonspirale  Ring

## 9. Themen Männer

- Ich stelle Probleme bei Nassrasur fest
- Ich stelle eingewachsene Haare fest
- Ich möchte Haare an den Schultern und/oder Rücken reduzieren
- Ich möchte Haare an den Beinen und/oder Oberschenkel entfernen lassen
- Neigung zur Schweißbildung an Stirn und/oder Halsbereich

## 10. Medikamente/Nahrungsergänzung

homöopathische Mittel  lichtsensibilisierende Medikamente  Abführmittel  Kortikoide (Cortisonsalbe)  Stimmungsaufheller (Antidepressiva)  Antibiotika  Nahrungsergänzungspräparate (Geben Sie an was sie einnehmen: Coumadin, Marcumar, Aspirin)? \_\_\_\_\_

Vitamine und ähnliche Stoffe vom Arzt verschrieben (z.B. Vitamin D, Coenzym Q10, Vitamin B12)

---

---

## 11. Bräunungsmittel/Bräunungsverfahren

Verwenden Sie regelmäßig Selbstbräuner?

ja  nein Wenn ja, welchen:

Wann waren Sie zuletzt im Solarium?

ja  nein Wann zuletzt?

Bräunen Sie sich regelmäßig?

ja  nein Wie oft:?

## 12. Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

Internet  Branchenbuch  Zeitung  Flyer

Sonstiges:

---

Im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gestatte ich Wolfgang Ratschmeier bis auf meinen Widerruf personenbezogene Daten zu speichern. Ich weiß, dass es einen DSGVO Bogen / Infoblatt gibt, welchen wir durchgesprochen haben.

Ja, ein unterzeichneter DSGVO Bogen liegt Wolfgang Ratschmeier vor.

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.** Hier folgend muss ein Elternteil

und/oder Erziehungsberechtigter unterzeichnen wenn der/die zu behandelnde Person unter 18 Jahren alt ist!

Vor- und Familienname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

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

Wolfgang Ratschmeier  
WUNDERBAREHAUT.DE

W. Ratschmeier · Kosmetikstudio · Am Rudolfshof 25 · 91207 Lauf

Date:

## ANAMNESE | MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE DISCLOSURE FORM

### Agreement for facial treatments / Anamnesis

#### 1. Personal data

\* Mandatory data / must be filled in

First name & Surname: \*

Street & No./Appartment: \*

ZIP & name of city: \*

Private landline: \*

Mobile number: \*

e-Mail:

date of birtz (dd-mm-yyyy): \*

#### 2. General questions with the request for your self-assessment:

2.1 How comfortable and well do you feel in general on a scale of 1 to 10?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not well					I feel excellent					

2.2 What is your main goal for your skin?  
Sort the options in order of importance to you.  
(1 = Most important, 2 = Secondary, etc.)

- \_\_\_ Generally healthier and better skin
- \_\_\_ Address skin problems
- \_\_\_ Anti-Aging
- \_\_\_ also intensive treatments to Improve the skin structure

2.3 Do you have any allergies that I should know about you?

2.4 Are there any ingredients in products that you cannot tolerate? (e.g. phenoxyethanol)

2.5 How would you yourself describe the texture of your skin? Please tick one option.

- Acne (Pimples, black comedones)
- Combination skin (Some areas are oily/greasy)
- Normal skin
- Sensitive skin
- Dry skin
- Eczema
- Psoriasis (german = Schuppenflechte)
- Another condition: \_\_\_\_\_
- I cannot assess this myself

2.6 How would you rate the dryness of your skin?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all dry					extremely dry					

2.7 Does your skin show redness and sensitivity?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all					very extreme					

2.8 Does your skin have black sebaceous spots (deposits in pores e.g. cheek / nose)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all					very extreme					

2.9 How do you rate the oiliness of the skin yourself??

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all					very extreme					

2.10 Is your skin affected by pustules and larger pimples?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all					very extreme					

2.11 Does your skin show pigmentation spots?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all					very extreme					

2.12 Would you say your facial skin is affected by loss of firmness and reduced tone or cheeks droop / nasolabial wrinkles?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all					very extreme					

2.13 Do you see wrinkles on the skin of your face? (forehead, eyes etc.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
not at all					very extreme					

### 3. Additional skin self-assessment

- My skin is not easy to care for
- So far, I have only used sunscreen on holiday or when hiking / staying in the sun / direct exposure
- I have not used any special sun care for the face so far.
- I have not been to a beautician at all or very rarely.

3.2 How do you judge the size of the pores on your face?

- large pores
- normal to large pores
- Fine / small appearing pores

### 4. your current skin care routine:

4.1 What do you use in your daily skin care right now? (select/check one or more)

- I do not apply anything onto my skin
- Moisturising cream
- Serum / Active ingredient ampoule or SKIN BOOSTER
- Skin oil
- Facial cleanser and toner
- Facial cleansing, toner, peeling and moisturizer
- I do not use Toner
- Retinol and similar intensive serums
- Fruit acid products and moisturiser
- Systematic care programme consisting of Cleanser, toner, serum, moisturiser and peeling
- None of the combinations but:  
\_\_\_\_\_

4.2 If you would like to use or already use a cleanser regularly, what types of facial cleansers do you prefer?

- Cleansing gel
- Cleansing foam
- Cleansing milk
- Cleansing oil
- I do not have a preferred type of cleaning

4.3 How often have you cleaned your skin so far?

- Shower (no special one for the face)
- Now and then / every week
- In the evening
- In the morning
- Every morning and evening
- More than twice a day because:  
\_\_\_\_\_

### 5. When you use make-up:

5.1 Indicate which types of products you use:

- I use a foundation
- I use concealer
- I use highly opaque wax based camouflage
- I use eyeshadow, blush and also lipstick
- I use loose powder or compact powder
- I use mineral pigment powder

### 6. information about your living habits

6.1 How many meals do you have per day?

- 1 to 2
- 3
- minimum 3 + extra small snacks in-between

6.2 Mark the foods that you eat in majority. And in the second column, which you eat but rather less often.

- | majority                            | more rare   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vegetables, fruit  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Lettuce, sprouts, fresh herbs                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Millet, quinoa, amaranth, buckwheat                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Potato, rice, oats                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Vegetable juices / fruit juice spritzer with still water |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rapeseed oil, hemp oil or high quality vegetable oils    |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Soy, lupine products                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Eggs, whole grains products                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Leguminous plants  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Agave syrup, honey                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Milk, cheese, yogurt and/or cottage cheese               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pork, sausage products                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Beef, game meat  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Wheat flour, rye flour, spelt                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alcohol _____ glasses per week                           |

6.3 Are you a smoker?  No  Yes

If yes, how many cigarettes do you smoke a day?  
\_\_\_\_\_

6.4 Where do you spend more time during the day?

- outdoors
- indoors (closed rooms where windows are often not open)

6.5 Do you do sport regularly?  No  Yes  
If Yes - Which sports?  
\_\_\_\_\_

6.6 Do you fly a lot?  No  Yes \_\_\_\_\_ flights per year

## 7. health condition with relevance to Skin issues (What do you know)

- Allergy to grass or hay (Heuschnupfen)
- Cardiovascular problems
- High blood pressure (hypertension)
- Frequent migraines/headaches
- Hyperthyroidism or hypothyroidism (Thyroid gland)
- Stomach/intestinal problems (bloating, flatulence, constipation)
- Food intolerances, if yes, which ones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Hepatitis  HIV
- Diabetes type 1 (insulin)
- Diabetes type 2 (tablets)
- Blood-clotting disorders
- Bronchial asthma  Cancer
- Kidney dysfunction
- Epilepsy  Varicose veins

Are you prone to cicatricial cellulitis  No  Yes

Do you have an implant (e.g. pacemaker, metal implants, tooth)?  No  Yes

## 8. hormone status (women)

- Are you pregnant  No  Yes
- Currently breastfeeding?  No  Yes
- Do you have cycle variations  No  Yes
- Are you in the menopause  No  Yes
- Do you use hormone products? If yes, which ones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pill  Hormone IUD  \_\_\_\_\_

## 9. topics men only

- problems with wet shaving my face
- Problems with intimate shaving (testicles / buttocks / pubic hair)
- I notice ingrown hairs
- I would like to reduce hair on the shoulders and/or back
- I would like to have hair removed from the legs and/or thighs
- Tendency to sweat on the forehead and/or neck area

## medicines/nutritional supplements

- homeopathic remedies
- light-sensitising medication  Laxative
- Corticosteroids (cortisone ointment)
- Mood enhancers (antidepressants)  Antibiotics
- Food supplements (Specify what you are taking: Coumadin, Marcumar, Aspirin)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vitamins and similar substances prescribed by a doctor (e.g. vitamin D, coenzyme Q10, vitamin B12)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 10. tanning products / tanning method

Do you use self-tanner regularly?

No  Yes

Do you go to the solarium/tanning studio?

No  Yes - How often? \_\_\_\_\_

In general how often do you perform any tanning?

No I do not  \_\_\_x times per \_\_\_\_\_

## How did you become aware of me and my second profession service?

Recommendation by: \_\_\_\_\_

Internet  Trade directory  Newspaper  Flyer

Others:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Within the framework of the Data Protection Regulation (DSGVO/GDPR), I authorise Wolfgang Ratschmeier to store personal data until I revoke this authorisation. I know that there is a DSGVO form and info sheet, which has been discussed with Wolfgang Ratschmeier.

Yes, Wolfgang Ratschmeier has received my signed DSGVO document.

## I hereby confirm the accuracy of the information

**provided.** Hereafter a parent and/or legal guardian must sign if the person to be treated is under 18 years old!

First name and surname: \_\_\_\_\_

ZIP, City and date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Wolfgang Ratschmeier  
WUNDERBARHAUT.DE