



## BERICHTEN SIE VON IHRER HAUT

Eingehende Hautanalyse

Erstellt von Dermatologen und Fachärzten für Plastische Chirurgie



BITTE FÜLLEN SIE DIESES FORMULAR AUS UND GEBEN SIE ES  
VOR IHREM BERATUNGSTERMIN BEI IHREM ARZT/IHRER ÄRZTIN AB

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens. Er wird Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin - nach dem Beratungsgespräch und der Untersuchung - dabei helfen, eine genaue Bewertung zu stellen und zu ermitteln, welche Inhaltsstoffe Ihre Haut benötigt.

Wir alle kennen unsere Haut bis in die kleinsten Details. Berichten Sie über Ihre. Diese Informationen werten wir gemeinsam aus, um Ihre eigene, persönliche Rezeptur zu finden.

Anschließend wird Ihr maßgeschneidertes Hautpflegeprodukt direkt vor Ihren Augen für Sie zusammengestellt.

Auf Wunsch erhalten Sie eine Zweitausfertigung dieses Fragebogens und Ihrer Hautdiagnose.

### I. PERSÖNLICHE ANGABEN

Datum \_\_\_\_\_

Vorname / Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer / Mobiltelefonnummer  
\_\_\_\_\_

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

Männlich  Weiblich

## II. MEIN HAUTTYP UND MEIN HAUTTON

- 1/ Augenfarbe \_\_\_\_\_
- 2/ Haarfarbe \_\_\_\_\_
- 3/ Hauttyp  normale Haut  trockene Haut  fettige Haut  Mischhaut  empfindliche Haut
- 4/ Ich bin
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hellhäutig | <input type="checkbox"/> hellhäutig        | <input type="checkbox"/> einMischtyp(zwischenhell-unddunkelhäutig) |
| <input type="checkbox"/> braunhäutig     | <input type="checkbox"/> dunkelbraunhäutig | <input type="checkbox"/> schwarzhäutig                             |
- 5/ Wie schnell werde ich braun?
- |                                  |  |                                     |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NIE     | <input type="checkbox"/> MIT SCHWIERIGKEITEN | <input type="checkbox"/> ALLMÄHLICH |
| <input type="checkbox"/> SCHNELL | <input type="checkbox"/> SEHR SCHNELL        |                                     |
- 6/ Ohne Sonnenschutz bekomme ich einen Sonnenbrand
- |                                 |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IMMER  | <input type="checkbox"/> HÄUFIG | <input type="checkbox"/> GELEGENTLICH |
| <input type="checkbox"/> SELTEN | <input type="checkbox"/> KAUM   | <input type="checkbox"/> NIE          |

## III. MEINE MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit JA, NEIN oder NICHT BEKANNT (NB)

- 1/ Ich bin schwanger  JA  NEIN
- 2/ Ich wurde vor Kurzem wegen Hautkrebs oder Hautkrebsvorstufen behandelt  JA  NEIN  NB
- 3/ Ich habe/hatte Ekzeme  JA  NEIN  NB
- 4/ Ich habe/hatte Asthma  JA  NEIN  NB
- 5/ Ich habe/hatte Heuschnupfen  JA  NEIN  NB
- 6/ Ich habe/hatte Lebensmittelallergien  JA  NEIN  NB
- 7/ Ich leide unter Lippenbläschen/Lippenherpes  JA  NEIN  NB
- 8/ Ich habe/hatte Rosacea  JA  NEIN  NB
- 9/ Ich habe/hatte Akne  JA  NEIN  NB
- 10/ Ich habe/hatte schwere Akne, die mit Isotretinoin behandelt wurde  JA  NEIN  NB
- 11/ Ich habe/hatte Psoriasis  JA  NEIN
- 12/ Meine Haut verheilt nur langsam, eine offene Wunde heilt nur langsam ab  JA  NEIN
- 13/ Meine Haut verheilt nur langsam, Verbrennungen, Kratzer oder Pickel heilen nur langsam ab und hinterlassen eine dunkle Stelle, die erst allmählich verblasst  JA  NEIN
- 14/ Bitte beschreiben Sie etwaige weitere Auffälligkeiten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15/ Ich nehme täglich Medikamente ein.  JA  NEIN  NB  
Bitte machen Sie genauere Angaben \_\_\_\_\_
- 16/ Ich erhalte eine Hormontherapie  JA  NEIN  NB  
Wenn ja, bitte genauer angeben \_\_\_\_\_
- 17/ Ich wende hormonelle Verhütungsmittel an, z. B. Vaginalring oder Hormonspirale, Antibabypille  JA  NEIN
- 18/ Ich reagiere allergisch auf bestimmte Medikamente  JA  NEIN  
Wenn ja, bitte genauer angeben \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 19/ Ich reagiere allergisch (überempfindlich?) auf Sonnenlicht  JA  NEIN
- 20/ Ich gehe ins Solarium  JA  NEIN
- 21/ Ich bin momentan gebräunt  JA  NEIN

#### IV. MEINE TÄGLICHE HAUTPFLEGE

- 1/ Ich benutze regelmäßig, über mindestens 6 Monate pro Jahr, ein Sonnenschutzmittel  JA  NEIN
- 2/ Bitte beschreiben Sie die Einzelheiten Ihrer täglichen Hautpflege und geben Sie an, ob Sie Make-up verwenden und dieses wieder entfernen. Nennen Sie nach Möglichkeit die Markennamen der Produkte, die Sie verwenden

---

---

---

Bitte beachten Sie: Um keine wichtigen Informationen auszulassen, beschreiben Sie bitte Ihr tägliches Ritual vom Aufwachen über die Morgentoilette bis zum Auflegen von Make-up...

#### V. SELBSTANALYSE MEINER HAUTSTÖRUNGEN

Bei Hautproblemen oder Hautstörungen werden 8 Typen unterschieden, die zusammenhängend oder unabhängig voneinander auftreten können.

Diese 8 Problemtypen werden im Folgenden in 8 verschiedenen Farben dargestellt.

In jedem der folgenden Abschnitte

- beantworten Sie bitte die Fragen mit JA oder NEIN
- bewerten Sie bitte den bei Ihnen vorliegenden Schweregrad des Problems auf einer Skala von 0 bis 3 anhand der folgenden Kriterien:  
0 = Kein Problem  
1 = Leichtes Problem  
2 = Ich habe ein bestehendes und unangenehmes Problem  
3 = Ich habe ein schweres und sehr unangenehmes Problem

0  1  2  3

#### GELB = OXIDATIVER STRESS

Gestresste Haut ist oxidiert. Oxidation beschleunigt den Alterungsprozess.

- 1/ Ich rauche  JA  NEIN
- 2/ Ich trinke mehr als 2 Einheiten Alkohol täglich  JA  NEIN
- 3/ Ich setze meine Haut regelmäßig schutzlos der Sonne aus  JA  NEIN
- 4/ Ich fühle mich überarbeitet und gestresst (unter Druck)  JA  NEIN
- 5/ Ich gehe häufig spät zu Bett  JA  NEIN
- 6/ Ich treibe regelmäßig Sport  JA  NEIN
- 7/ Ich würde meinen oxidativen Stress wie folgt bewerten: 0  1  2  3

#### PINK = VERLUST AN VOLUMEN UND ERSCHLAFEN DER HAUT

- 1/ MEINE STIRN
- Ich habe zwei Falten, wenn ich meine Augenbrauen anhebe  JA  NEIN
  - Ich habe mehr als zwei Falten, wenn ich meine Augenbrauen anhebe  JA  NEIN
  - Ich habe Stirnfalten, ohne meine Augenbrauen anzuheben  JA  NEIN
- 2/ MEINE AUGEN
- Ich bekomme beim Lächeln ein oder zwei Fältchen  JA  NEIN
  - Ich bekomme beim Lächeln mehr als zwei Fältchen  JA  NEIN
  - Ich habe auch Fältchen, wenn ich nicht lächle  JA  NEIN
- 3/ MEIN HALS
- Mein Hals ist straff und nicht erschlafft  JA  NEIN
  - Mein Hals ist etwas erschlafft  JA  NEIN
  - Mein Hals ist stark erschlafft  JA  NEIN
- 4/ Ich würde den Volumenverlust und das Erschlaffen meiner Haut wie folgt bewerten: 0  1  2  3

#### ROT = ENTZÜNDETE HAUT (RÖTUNG)

- 1/ Meine Haut neigt zu Rötungen, kribbelt häufig und fühlt sich heiß an  JA  NEIN
- 2/ Ich habe Rötungen im Gesicht  JA  NEIN
- 3/ Ich habe empfindliche Haut. Ich reagiere empfindlich auf Cremes. Ich leide häufig unter unerwünschten Reaktionen  JA  NEIN
- 4/ Ich würde den Entzündungszustand meiner Haut wie folgt bewerten: 0  1  2  3

## BLAU = TROCKENE HAUT (PROBLEME MIT DER HAUTBARRIERE)

- 1/ Ohne Creme fühlt sich meine Haut trocken an; meine Haut spannt, wenn ich keine Creme benutze  JA  NEIN
- 2/ Ich habe trockene Haut, aber es genügt, wenn ich einmal am Tag eine Creme benutze  JA  NEIN
- 3/ Ich habe sehr trockene Haut und muss mich morgens und abends eincremen  JA  NEIN
- 4/ Ich leide nur im Winter unter Hauttrockenheit  JA  NEIN
- 5/ Ich würde die Trockenheit meiner Gesichtshaut wie folgt bewerten: 0  1  2  3

## GRAU = VERHORNUNG DER HAUT

- 1/ Ich kann Zysten unter meiner Haut fühlen, ähnlich wie Pickel  JA  NEIN
- 2/ Ich leide unter Mitessern  JA  NEIN
- 3/ Ich spüre Verdickungen oder Unebenheiten meiner Haut  JA  NEIN
- 4/ Ich würde die Verhornung meiner Haut wie folgt bewerten: 0  1  2  3

## ORANGE = FETTIGE HAUT (HYPERSEBORRHOE)

- 1/ Morgens beim Aufwachen fühlt sich meine Haut fettig an  JA  NEIN
- 2/ Meine Haut ist beim Aufwachen fettig, aber nach dem Waschen nicht mehr  JA  NEIN
- 3/ Meine Haut ist sehr fettig und muss mehrmals am Tag gewaschen werden  JA  NEIN
- 4/ Ich leide nur im Sommer unter fettiger Haut  JA  NEIN
- 5/ Ich würde die Fettigkeit meiner Haut wie folgt bewerten: 0  1  2  3

## BRAUN = HAUTPIGMENTIERUNG

- 1/ Ich habe Pigmentmale auf der Haut  JA  NEIN
- 2/ Ich habe/hatte ein Melasma  JA  NEIN
- 3/ Nach einem Pickel, einer Verbrennung oder einem kleinen Schnitt verbleibt auf meiner Haut ein braunes Mal, das nach Abheilen der Verbrennung/des Pickels/der Wunde noch lange Zeit zu sehen ist  JA  NEIN
- 4/ Ich bekomme nicht häufig Pickel, aber wenn doch, hinterlassen sie für einige Zeit ein braunes Mal  JA  NEIN
- 5/ Ich würde den Grad meiner Hautpigmentierung wie folgt bewerten: 0  1  2  3

## GRÜN = MIKROBIOTA DER HAUT (PICKEL)

- 1/ Ich leide regelmäßig unter Akne (weiße Komedonen und zystische Pickel)  JA  NEIN
- 2/ Ich würde meine Neigung zu Pickel wie folgt bewerten: 0  1  2  3

## VI. MEIN WICHTIGSTES/HAUPTSÄCHLICHES ANLIEGEN

1/ Was ist Ihr Hauptanliegen in Bezug auf Ihr Gesicht?

Falten / schlaffe Haut

Akne rosacea / Rosacea

Akne

Pigmentierung / Male

Trockene Haut

Fettige Haut

2/ Was ist Ihr Hauptanliegen in Bezug auf die Haut um Ihre Augen?

Schwellung / Tränensäcke

Dunkle Ringe

Falten / schlaffe Haut

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens. Ihr Arzt/Ihre Ärztin wird Ihre Hautdiagnose nun bestätigen.  
Haftungsausschluss: Diese Diagnose wird im Rahmen einer Ästhetikberatung gestellt.  
Sie stellt weder eine medizinisch-dermatologische Diagnose dar, noch ersetzt sie die Zuständigkeit Ihres Facharztes.