

Fragebogen / Anamnesebogen / Datenschutz
Japanisches Headspa



Allgemeine Informationen

Name: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Datum: _____

Gesundheitszustand

- 1. Haben Sie derzeit gesundheitliche Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Hautprobleme)?**
 Ja Nein
Wenn ja, bitte erläutern: _____
- 2. Leiden Sie unter Allergien (z. B. ätherische Öle, Pflanzenextrakte, Duftstoffe)?**
 Ja Nein
Wenn ja, bitte angeben: _____
- 3. Haben Sie Hauterkrankungen oder empfindliche Kopfhaut?**
 Ja Nein
Wenn ja, bitte beschreiben: _____
- 4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Blutverdünner, Blutdruckmedikamente)?**
 Ja Nein
Wenn ja, welche: _____
- 5. Wurden in den letzten 6 Monaten medizinische Behandlungen oder Operationen durchgeführt?**
 Ja Nein
Wenn ja, welche: _____
- 6. Sind Sie HIV-positiv oder an einer ansteckenden Krankheit erkrankt?**
 Ja Nein
Wenn ja, bitte angeben: _____
- 7. Leiden Sie an Hepatitis B oder C?**
 Ja Nein
Wenn ja, bitte angeben: _____
- 8. Besteht aktuell eine Schwangerschaft?**
 Ja Nein
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche:

- 9. Bringen Sie eigene Pflegeprodukte aufgrund von Unverträglichkeiten oder Allergien mit?**
 Ja
 Nein



Haar- und Kopfhautpflege

10. **Wie würden Sie Ihren Haartyp beschreiben?**
 Trocken Fettig Normal
11. **Haben Sie Probleme mit Schuppen, Haarausfall oder Juckreiz?**
 Ja Nein
Wenn ja, bitte angeben: _____
12. **Tragen Sie Haarverlängerungen oder anderen Haarschmuck?**
 Ja Nein
Wenn ja, bitte unterschreiben Sie, um Ihre Zustimmung zu eventuellen Folgeschäden zu bestätigen:
Unterschrift: _____

Behandlung & Wohlbefinden

13. **Haben Sie bereits Erfahrung mit einem Headspa oder ähnlichen Behandlungen?**
 Ja Nein
14. **Gibt es Bereiche, auf die besonders geachtet werden soll (z. B. Nacken, Schläfen, Kopfhautspannung)?**
15. **Gibt es etwas, das während der Behandlung vermieden werden sollte (z. B. bestimmte Düfte, Druckpunkte, Gesichtsmaske auftragen)?**

Hinweise zur Behandlung

- Die Headspa-Behandlung dient der Entspannung und Pflege von Kopfhaut und Haaren. Sie ersetzt **keine** medizinische oder therapeutische Behandlung. Während der Behandlung werden Pflegeshampoo und Spülung verwendet. Bei gesundheitlichen Beschwerden oder Unsicherheiten wird empfohlen, vorab ärztlichen Rat einzuholen
- Es werden keine Heilversprechen abgegeben.
- Der Behandler übernimmt keine Verantwortung für unvollständige oder fehlerhafte Angaben des Kunden.
- Alle Angaben im Anamnesebogen müssen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt werden, um eine sichere und individuell angepasste Behandlung zu gewährleisten.
- Bei akuten Hauterkrankungen, offenen Wunden, Infektionen, kann keine Behandlung durchgeführt werden. (Siehe Website)

**Mögliche Hautreaktionen bei Unverträglichkeiten
oder empfindlicher Haut:**

- **Juckreiz oder Brennen**
- **Stärkere Rötungen oder Schwellungen**
- **Spannungsgefühl oder Hitzeempfinden**
- **Bildung kleiner Pusteln oder Bläschen**
- **Hautausschlag oder Fleckenbildung**
- **Übermäßige Trockenheit oder Schuppung**

Mehr Informationen zur Behandlung sind auf der Website zu finden.

Diese Reaktionen können auf eine Unverträglichkeit oder Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Inhaltsstoffen hinweisen. In solchen Fällen sollte die Behandlung sofort abgebrochen und gegebenenfalls ein Arzt oder Hautarzt konsultiert werden.

Einverständniserklärung/auch für Produktverwendung:

Ich bestätige, dass die oben genannten Angaben korrekt sind und dass ich über die Behandlung informiert wurde.

Ich kann vor der Behandlung jederzeit nach den verwendeten Produkten und Inhaltsstoffen fragen und eventuelle Unverträglichkeiten Zeitnah mitteilen.

Ich erkläre mich mit der Anwendung der Produkte einverstanden und entbinde die Behandler/in von der Haftung für Reaktionen, die durch nicht angegebene Allergien oder fehlende Rückfragen entstehen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kunde/Kundin: _____

Haftungsausschluss:

Der Behandler übernimmt keine Haftung für eventuelle Reaktionen, Schäden oder Folgeschäden, die aufgrund unvollständiger oder falscher Angaben entstehen. Ebenso wird keine Haftung für gesundheitliche Folgen übernommen, die außerhalb des Verantwortungsbereichs der Behandlung liegen.

Datenschutzhinweis:

Die im Rahmen dieses Anamnesebogens erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur steuerlichen Dokumentation und Abwicklung der erbrachten Leistungen verwendet.

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Daten werden gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen sicher gespeichert und anschließend vernichtet.

Die Verarbeitung erfolgt gemäß DSGVO.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kunde/Kundin: _____

Unterschrift Behandler/in: _____

Fragebogen/Anamnesebogen/Datenschutz

Gesichtsbehandlung

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
PLZ / Ort: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail-Adresse: _____

Allgemeine Angaben

- 1. Allgemeines Wohlbefinden: Fühlen Sie sich aktuell gesund?**
 Ja Nein
Wenn nein, bitte kurz beschreiben: _____
- 2. Wurde in letzter Zeit eine Operation im Gesichtsbereich durchgeführt?**
 Ja Nein
Wenn ja, wann und welche: _____
- 3. Werden regelmäßig Medikamente eingenommen, die die Haut oder Gesichtspflege beeinflussen können (z. B. Isotretinoin, Kortison, Blutverdünner, Hormonpräparate)?** Ja Nein
Wenn ja, welche: _____
- 4. Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder Stillzeit?**
 Ja Nein
- 5. Wurde in den letzten 8 Wochen eine Laserbehandlung, ein Microneedling oder ein Permanent Make-up durchgeführt?**
 Ja Nein
Wenn ja, wann und welche: _____
- 6. Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten (z. B. gegen Duftstoffe, ätherische Öle, Pflanzen, Kosmetika oder Pflegeprodukte)?**
 Ja Nein
Wenn ja, welche: _____
- 7. Vertragen Sie Gesichts- oder Pflegeprodukte allgemein gut?**
 Ja Nein
Wenn nein, bitte beschreiben: _____
- 8. Gibt es etwas, das während der Behandlung vermieden werden sollte (z. B. bestimmte Düfte, Druckpunkte, Gesichtsmaske auftragen)?** Wenn ja, welche? _____
- 9. Bringen Sie eigene Pflegeprodukte aufgrund von Unverträglichkeiten oder Allergien mit?**
 Ja Nein



Hautzustand und Pflegegewohnheiten

10. Wie würden Sie Ihren Hauttyp beschreiben? (trocken, fettig, Mischhaut, sensibel, normal): _____

11. Bestehen aktuell ansteckende Hautinfektionen (z. B. Herpes, Pilzinfektionen, bakterielle Entzündungen, Impetigo, Warzen)?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

12. Bestehen bekannte Hauterkrankungen (z. B. Akne, Neurodermitis, Rosazea, Psoriasis, Couperose)? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Hinweise zur Behandlung

- Die Gesichtspflege ist eine reine Wellness Anwendung zur Förderung des Wohlbefindens und Entspannung.
- Es handelt sich nicht um eine medizinische oder therapeutische Behandlung.
- Es werden keine Heilversprechen abgegeben.
- Der Behandler übernimmt keine Verantwortung für unvollständige oder fehlerhafte Angaben des Kunden.
- Alle Angaben im Anamnesebogen müssen wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt werden, um eine sichere und individuell angepasste Behandlung zu gewährleisten.
- Bei akuten Hauterkrankungen, offenen Wunden oder Infektionen kann keine Behandlung durchgeführt werden. (Siehe Website)

Mögliche Hautreaktionen bei Unverträglichkeiten oder empfindlicher Haut:

- Juckreiz oder Brennen
- Stärkere Rötungen oder Schwellungen
- Spannungsgefühl oder Hitzeempfinden
- Bildung kleiner Pusteln oder Bläschen
- Hautausschlag oder Fleckenbildung
- Übermäßige Trockenheit oder Schuppung

Diese Reaktionen können auf eine Unverträglichkeit oder Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Inhaltsstoffen hinweisen. In solchen Fällen sollte die Behandlung sofort abgebrochen und gegebenenfalls ein Arzt oder Hautarzt konsultiert werden.

Mehr Informationen zur Behandlung sind auf der Website zu finden



!!Rechtliche Hinweise und Einverständnis Erklärungen!!

Einverständniserklärung/auch für Produktverwendung:

1. Ich bestätige, dass die oben genannten Angaben korrekt sind und dass ich über die Behandlung informiert wurde.

2. Ich kann vor der Behandlung jederzeit nach den verwendeten Produkten und Inhaltsstoffen fragen und eventuelle Unverträglichkeiten mitteilen. Ich erkläre mich mit der Anwendung der Produkte einverstanden und entbinde die Behandler/in von der Haftung für Reaktionen, die durch nicht angegebene Allergien oder fehlende Rückfragen entstehen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kunde/Kundin: _____

Haftungsausschluss:

Der Behandler übernimmt keine Haftung für eventuelle Reaktionen oder Kosmetische Schäden oder Folgeschäden, die aufgrund unvollständiger oder falscher Angaben entstehen. Ebenso wird keine Haftung für gesundheitliche Folgen übernommen, die außerhalb des Verantwortungsbereichs der Behandlung liegen.

Datenschutzhinweis:

Die im Rahmen dieses Anamnesebogens erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur steuerlichen Dokumentation und Abwicklung der erbrachten Leistungen verwendet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Die Daten werden gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen sicher gespeichert und anschließend gelöscht.

Die Verarbeitung erfolgt gemäß DSGVO

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Kunde/Kundin: _____

Unterschrift Behandler/in: _____

