

(Diagnose, Behandlungsplan)

Name: _____ Spiegel Nr.: _____

Diagnose:

Hautoberfläche:	T-Zone	Wange	Poren:	T-Zone	Wange
fein/ebenmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kleinporig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uneben/trocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fett/glänzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	großporig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neigt zu Faltenbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
gerötet/empfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutung:		
			stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muttermale | <input type="checkbox"/> Sommersprossen | <input type="checkbox"/> Komedonen | <input type="checkbox"/> Schuppen trocken |
| <input type="checkbox"/> Altersflecken | <input type="checkbox"/> Leberflecken | <input type="checkbox"/> Pustelbildung | <input type="checkbox"/> Schuppen fett |
| <input type="checkbox"/> helle Flecken | <input type="checkbox"/> sonstiges | <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Milien (Grieskörner) |
| | | <input type="checkbox"/> Narben | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Behandlungsplan (Ablauf und Produkte)
