Beilage 2

Technikblatt Hautbeurteilung

(Diagnose, Behandlungsplan)

Name: _____ **Spiegel Nr.:** _____

Diagnose:

Hautoberfläche:	**T-Zone**	**Wange**
fein/ebenmäßig	☐	☐
uneben/trocken	☐	☐
fett/glänzend	☐	☐
neigt zu Faltenbildung	☐	☐
gerötet/empfindlich	☐	☐

Poren:	**T-Zone**	**Wange**
kleinporig	☐	☐
mittel	☐	☐
großporig	☐	☐

Durchblutung:		
stark	☐	☐
mittel	☐	☐
schwach	☐	☐

Besonderheiten:

☐ Muttermale	☐ Sommersprossen	☐ Komedonen	☐ Schuppen trocken
☐ Altersflecken	☐ Leberflecken	☐ Pustelbildung	☐ Schuppen fett
☐ helle Flecken	☐ sonstiges	☐ Akne	☐ Milien (Grieskörner)
		☐ Narben	☐ sonstiges

Behandlungsplan (Aufgrund der Hautbeurteilung verwendete Produkte):

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____