

**2.6 Technikblatt zur Hautbeurteilung**

**Technikblatt Hautbeurteilung**  
(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"/>	<b>Durchblutung:</b>		
			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** (Aufgrund der Hautbeurteilung verwendete Produkte):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____