

# Beilage 1

# Technikblatt Farbveränderung

(Diagnose, Zielvorstellung, Behandlungsplan)

Name: \_\_\_\_\_

Spiegel Nr.: \_\_\_\_\_

**Diagnose** (so ist das Haar jetzt):

**Haarstärke:**

- fein                       normal                       stark

**Struktur – Haarzustand:**

- natur                       oxidativ getönt                       Restdauerwelle                       strapazierte Spitzen  
 gefärbt                       hellergefärbt/blondiert                       Strähnen                       porös

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Farbton	Farbtiefe	Farbrichtung
Ansatz		
Länge		
Spitzen		

**Weißanteil**

- Oberkopf     stark     mittel     schwach  
 Konturen     stark     mittel     schwach  
 Hinterkopf     stark     mittel     schwach

**Kundenwunsch** (so soll es fertig aussehen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Behandlungsplan** (nötige Schritte):

**Rezeptur:**

Marke	Nuance/ Nummer	Menge cm <sup>3</sup>	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> %	Menge cm <sup>3</sup>

Vorbehandlung

Nachbehandlung (Technik, Produkt)

Abschlussbehandlung (Produkt)

**Einwirkzeit:**

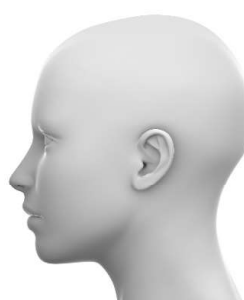
\_\_\_\_\_

**Verwendete Auftragetechniken** (genaue Beschreibung und Skizze):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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            |

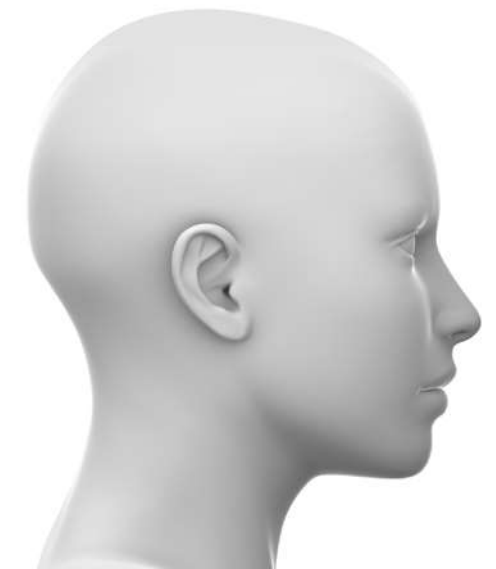
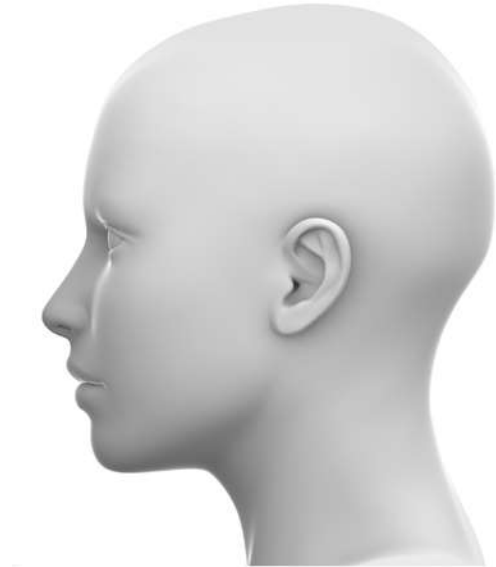
**Behandlungsplan** (Aufgrund der Hautbeurteilung verwendete Produkte):

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

**Beilage 3:**

**Name:**

Skizze mit den Schnittlinien des geplanten Haarschnittes



## Technikkopf

Bei der Prüfung soll das Ergebnis Ihres Technikkopfes der unten abgebildeten Mustervorlage möglichst genau entsprechen.

## Zeitplan

Aufgaben	Zeit
<ul style="list-style-type: none"><li>• handgelegte Wasserwellen</li><li>• zehn Papilloten in Wellenform</li><li>• zehn Dauerwellwickler</li></ul>	ca. 35 Min.

## Mustervorlage:

