

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 ³	H ₂ O ₂ %	Menge cm ³

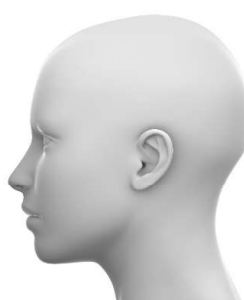
Vorbehandlung

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"/>	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 (Aufgrund der Hautbeurteilung verwendete Produkte):

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

Beilage 3:

Name:

Skizze mit den Schnittlinien des geplanten Haarschnittes

