La Colline
Swiss Riviera Beauty Treatment

Specialiste: Datum: Klantnummer:

Naam:………………………………………………………………………………………

Adres:……………………………………………………………………………………….

Postcode:………………………..Woonplaats:…………………………………….

Telefoonnummer:………………………..Mobiel:………………………………..

E-mail:……………………………………………………………………………………..

Geboortedatum:……………………………………………………………………

Hoe bent u bij ons terechtgekomen?

……….

Bent u vaker bij een schoonheidssalon geweest?
……….

Zo, ja was dit voor gezichtsbehandelingen?
……….

Wat zou u graag verbeterd willen zien in het gezicht?
………
………

Producten thuisgebruik? Merk:………………………………………………………
Reiniging:………
Scrub:………………………………… 0 1xweek 0 1x 2 weken 0 1x maand
Dagcreme:…….
Nachtcreme:……….
Serum:……
Oogcreme:…….
Masker:……….

Gebruikt u make- up? Zo ja, wat?

……

……

……

Heeft u cosmetische ingrepen ondergaan? (zo ja, hoelang geleden)

……

……

Zijn er gezondheidsklachten waarvan wij op de hoogte moeten zijn?

……

……

Gebruikt u medicijnen?

0 Ja

……

0 Nee

Heeft u last van een allergie?

0 Ja

waarop?..

....

0 Nee

Rookt u?

0 Ja 0 Nee

Bent u vaak in een ruimte met airconditioning of verwarming?

0 Ja 0 Nee

Wat voor werk doet u?

……

……

Behandelplan:

……

……

……

……

……

……

……

Advies producten:
Reiniging:………0
Scrub:………0
Dagcreme:………0
Nachtcreme:……0
Serum:………0
Oogcreme:………0
Masker:……0
0=Meegenomen

Bluelight:

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

………

La Colline

Swiss Riviera Beauty Treatment

DATUM	BEHANDELING	PRODUCTEN