



# KOSMETIK



Name  Vorname

Strasse  PLZ, Ort

Telefon  Geburtsdatum

E-Mail  Beruf

[www.wohlfuehlpartner.at](http://www.wohlfuehlpartner.at)

## Allgemeinbefinden

	Nein	Ja		
Bekannte Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Ernährungsgewohnheiten <input type="text"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Trinkgewohnheiten <input type="text"/>
Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Verdauung <input type="text"/>
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Bewegung/Sportarten <input type="text"/>
Hormonbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sonne/Solarium <input type="text"/>
Verhütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sauna <input type="text"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sonstige Anmerkungen <input type="text"/>
Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## WOHLFÜHLPARTNER

## GESICHT

### HAUTZUSTAND

<b>VERHORUNG</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pergamentartig	<input type="checkbox"/> schuppig
<b>FEUCHTIGKEIT</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> feuchtigkeitsarm	<input type="checkbox"/> feucht
<b>FOLIKEL</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> feinporig	<input type="checkbox"/> weit
<b>DURCHBLUTUNG</b>	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> blass	<input type="checkbox"/> gerötet
<b>EMPFINDLICHKEIT</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> unempfindlich	<input type="checkbox"/> empfindlich
<b>TURGAR/TONUS</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> sehr schlaff
<b>BESONDERHEITEN</b>	<input type="checkbox"/> Komedonen	<input type="checkbox"/> Milien	<input type="checkbox"/> Pusteln
	<input type="checkbox"/> Papeln	<input type="checkbox"/> Teleangiektasen	<input type="checkbox"/> Narben
	<input type="checkbox"/> Pigmentflecken		

### HAUTTYP

trocken    atrophisch    empfindlich    Mischhaut    fett    Seborrhoea oleosa    Seborrhoea sicca

### Bemerkungen

## BEHANDLUNGEN

Datum	Behandlung

# MASSAGE



Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ, Ort _____
Telefon _____	Versicherungsnummer, Geburtsdatum _____
	überweisender Arzt _____
Diagnose _____	E-Mail _____

[www.wohlfuehlpartner.at](http://www.wohlfuehlpartner.at)

## Analyse

Bisherige Behandlungen, Beschwerden, seit wann, wie

### Hilfsmittel

### Ärztliche Versorgung

Operativer Eingriff, Unfallzeitpunkt/Unfallhergang

## Analyse

Schmerzauslöser

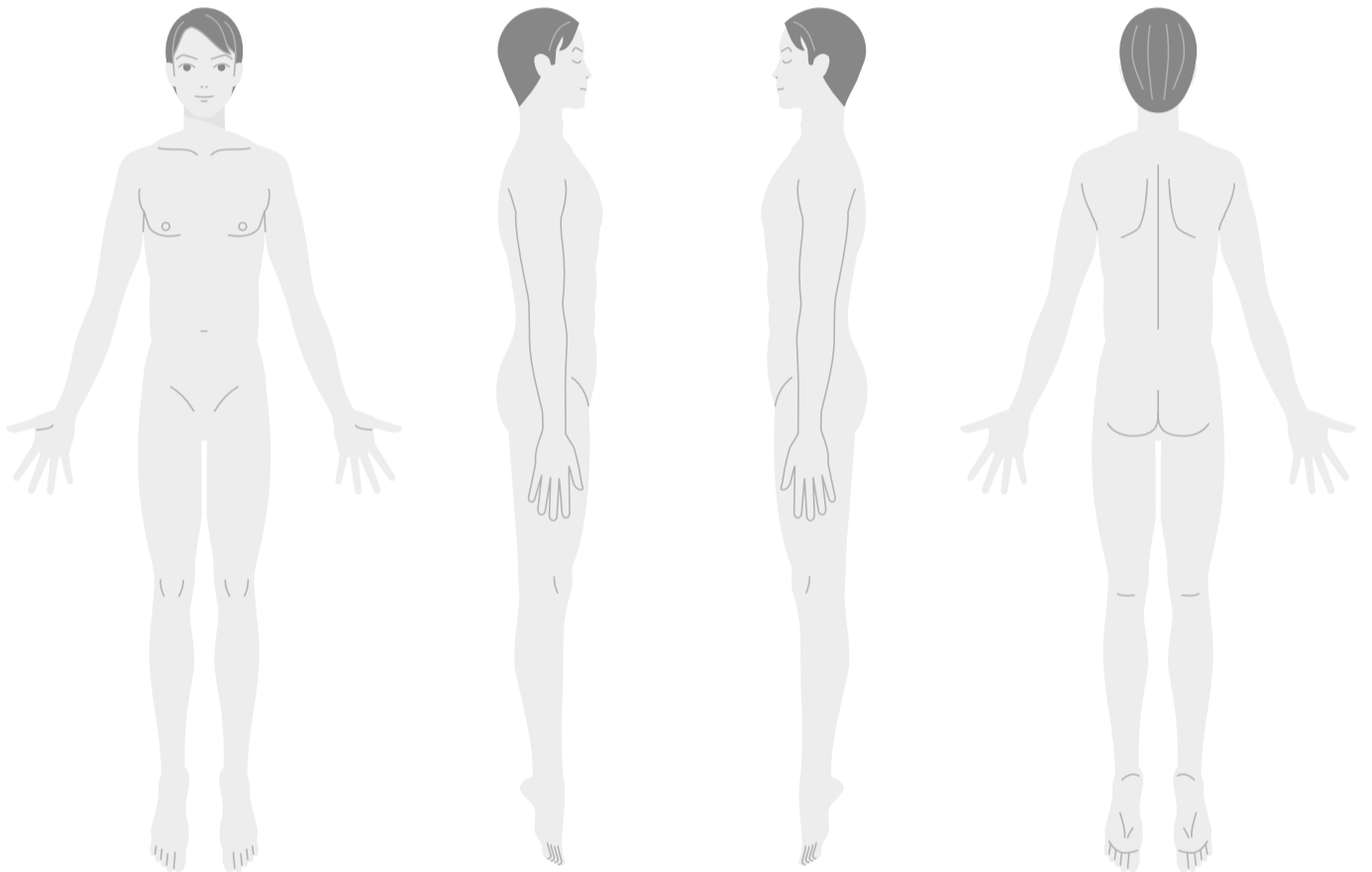
wo, Ausstrahlungsgebiete

wann

wie

was verbessert, was verschlimmert

## WOHLFÜHLPARTNER



Herz-/Kreislaufsystem

ADL (Schlaf, Schlafpnoe, Essen, Rauchen, Alkohol)

Ödeme

Narben

Hautbeschaffenheit

Muskulatur

Gelenkbeweglichkeit

Nebenerkrankungen

### Patientenziel

### Maßnahmen

### Therapeutenziel

# NAGELPFLEGE

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
_____	_____
<b>Strasse</b>	<b>PLZ, Ort</b>
_____	_____
<b>Telefon</b>	<b>Geburtsdatum</b>
_____	_____
<b>E-Mail</b>	<b>Beruf</b>
_____	_____

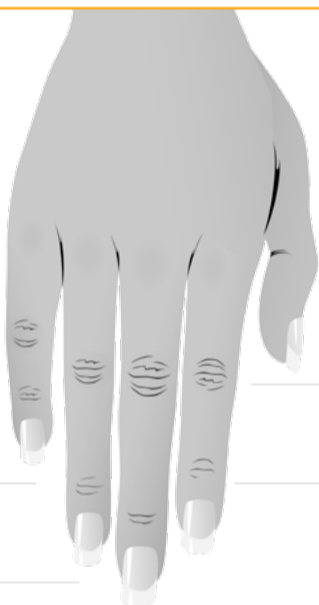
[www.wohlfuehlpartner.at](http://www.wohlfuehlpartner.at)

## Materialtechnik

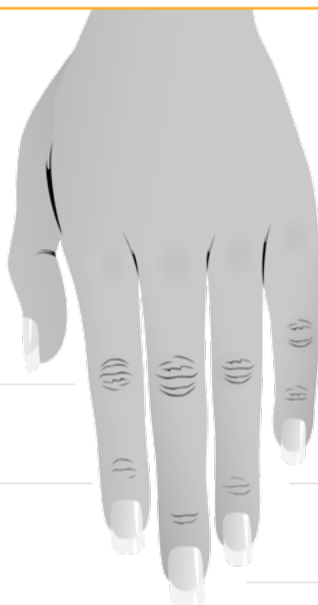
- Lichthärtender Kunststoff \_\_\_\_\_
- Acryl \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## WOHLFÜHLPARTNER

**LINKE HAND**



**RECHTE HAND**



**Bemerkungen**

---



---



---



---



---

## BEHANDLUNGEN

Datum	Behandlung

