



HAARZENTRUM ONLINE

Haar Check

*Institut Brand,
Niederhonerstraße 22
37269 Eschwege,
info@hairlexier.com,
+49 5651 3355533*

WWW.HAARZENTRUM-ONLINE.DE

Haar-Analyse



Schicken Sie uns diesen Fragebogen mit einem Foto und einer Haarprobe von Ihnen zurück an:

Institut Brand, Andrea Brand, Niederhoner Straße 22, 37269 Eschwege

Wir analysieren die gewünschten Themen und nehmen dann mit Ihnen Kontakt auf für ein persönliches Beratungsgespräch. Gerne können Sie auch zu uns ins Institut kommen.

Unser Institut ist darauf spezialisiert, mit Hilfe modernster quantenphysikalischer Technologien Haarprobleme bis in die Tiefe zu erkennen. Wir zeigen ganzheitliche Lösungswege auf, damit Sie auch längerfristig schönes und gesundes Haar haben. Probieren Sie es aus!

FRAGEBOGEN

Haaranalyse

Name / Vorname (bitte alle Vornamen)

Geburtstag (Geburtszeit und Ort)

Adresse

In welchem Beruf arbeiten Sie zur /Zeit?

Mail

Telefon / Handy

Haben Sie einen vermehrten Haarausfall bemerkt? Ja Nein
Wenn ja, wie lange schon?

1. Haben Sie einen vermehrten Haarausfall oder eine Veränderung an Haar oder Kopfhaut bemerkt? Wenn ja welche?

Haarausfall	Ja	Nein
Fettige Haare	Ja	Nein
Juckende Kopfhaut	Ja	Nein
Schuppen	Ja	Nein
Entzündete Kopfhaut	Ja	Nein
Teilweise Beläge	Ja	Nein
Offene Stellen	Ja	Nein
Spliss	Ja	Nein
Glanzlos/ brüchige/ trockene Haare	Ja	Nein
Nicht wachsende Haare	Ja	Nein

Wann ist es Ihnen zum ersten Mal aufgefallen?

2. Beschreibung Ihrer jetzigen Situation:

3. Fühlen Sie sich bereits durch das Haarproblem körperlich beeinträchtigt?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Haarprobleme psychisch beeinträchtigt?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Was sind Ihre Erwartungen? Was wünschen Sie sich?

Empty response box for question 5.

6. Welche Produkte haben Sie bisher angewendet?

Shampoo	Ja	Nein
Rins/ Conditioner	Ja	Nein
Haarkur	Ja	Nein
Festiger/ Haarspray	Ja	Nein
Haarwasser (Z.B. Regané)	Ja	Nein
Cremes für die Kopfhaut (Cortison)	Ja	Nein

7. Wurde für das vorhandene Problem schon Maßnahmen ergriffen?
Wenn ja, welche?

Empty response box for question 7.

8. Sind Ihre Haare chemisch behandelt?

Haarfarbe heller oder dunkler	Ja	Nein
Tönung	Ja	Nein
Strähnen	Ja	Nein
Dauerwelle	Ja	Nein

9. Sind Haarprobleme familiär bekannt?

10. Sind oder waren Sie in ärztlicher Behandlung?

11. Sind Ihnen Vorerkrankungen, vielleicht auch Stoffwechselstörungen bekannt?
Wenn ja, welche?

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Blutverdünner	Ja	Nein
Pille/ wann wurde sie abgesetzt oder gewechselt	Ja	Nein
Bluthochdruck	Ja	Nein
Abführmittel	Ja	Nein
Schlaftabletten	Ja	Nein
Antidepressiva	Ja	Nein

Andere Medikamente? Wenn ja, welche?

13. Wie lang ist die letzte Schwangerschaft her?

14. Haben Sie übermäßig viel Stress, privat oder beruflich?
Wenn ja, seit wann?

15. Wie ernähren Sie sich?

Normal	Ja	Nein
Vegetarisch	Ja	Nein
Vegan	Ja	Nein
Ketogen	Ja	Nein
Gluten frei	Ja	Nein
Lactose frei	Ja	Nein
Zucker frei	Ja	Nein

16. Hatten Sie in letzter Zeit eine Ernährungsumstellung, Fastenkur, Diät?
Wenn ja, wann?

17. Haben Sie Allergien?

18. Hatten Sie Corona
Wenn ja, wann?

19. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft?
Wenn ja, welche?

20. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?
Wenn ja, welche?

21. Wie sind Sie auf unser Unternehmen und unsere Produkte aufmerksam geworden?

Vielen Dank!

Herzliche Grüße
Ihr Hairlexier-Team

