

für Ihre Kosmetikbehandlung bei uns.

Schön, dass Sie da sind!
Um die Beratung und Betreuung
bestmöglich auf Ihre individuellen Bedürfnisse abzustimmen,
bitten wir Sie um folgende Informationen:

NAME, VORNAME

GEBURTSTAG

STRASSE, PLZ, ORT

EMAIL-ADRESSE

TELEFON / MOBIL

Ihre Daten behandeln wir selbstverständlich vertraulich.
Bitte beachten Sie die datenschutzrechtliche Einverständniserklärung auf der Rückseite.

1. Zur Kosmetikbehandlung kommen Sie hauptsächlich wegen:

- WELLNESS ANTI-AGING/STRAFFUNG KLÄREN & REINIGEN
 ANTI-STRESS HAUTBERUHIGUNG

2. Welcher Behandlungstyp sind Sie?

- „ÖFTER MAL WAS NEUES“ „BEIM BEWÄHRTEN BLEIBEN“ „JE NACH STIMMUNG“

3. Wie lange möchten Sie eine Behandlung genießen?

- 30 MIN. 60 MIN. 90 MIN. 120 MIN.

4. Um welche Zonen sollen wir uns speziell kümmern?

- AUGEN HÄNDE HALS DEKOLLETEE RÜCKEN
 NACKEN BEINE FÜSSE PROBLEMZONEN

5. Was möchten Sie an Ihrer Haut verbessern?

- WASSEREINLAGERUNGEN PIGMENTSTÖRUNG GROSSE POREN / MITESSER
 MIMIKFÄLTCHEN UNREINHEITEN SCHÜPPCHEN
 TROCKENE HAUT HAUTREIZUNGEN MÜDES AUSSEHEN
 ROTE ÄDERCHEN GLANZ NACHLASSENDE HAUTSPANNUNG

6. Liegen Allergien/Unverträglichkeiten/Erkrankungen vor?

- JA NEIN
 BLUTER DIABETES SONSTIGES _____

7. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen eine Botox- oder andere Injektionsbehandlung?

- NEIN JA (Dann stellen wir uns in der Massage darauf ein.)

8. Worauf legen Sie Wert?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUSGIEBIGE MASSAGE | <input type="checkbox"/> BERATUNG | <input type="checkbox"/> PREISKLARHEIT |
| <input type="checkbox"/> ENERGIE AUFTANKEN | <input type="checkbox"/> INFO ÜBER NEUHEITEN | <input type="checkbox"/> MAKE-UP |
| <input type="checkbox"/> ABSOLUTE RUHE | <input type="checkbox"/> BESPRECHUNG DES BEHANDLUNGSABLAUFS | <input type="checkbox"/> PFLEGEEMPFEHLUNG FÜR ZU HAUSE |
| <input type="checkbox"/> ANGENEHME MUSIK | | |

9. Wie oft gönnen Sie sich eine professionelle Kosmetikbehandlung?

- ERSTMALS REGELMÄSSIG (ALLE 4-6 WOCHEN) EHER SELTEN (BIS 4x/JAHR)

10. Was hat Sie bei bisherigen Kosmetikbehandlungen gestört?

11. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- EMPFEHLUNG DURCH _____
- HOMEPAGE SOCIAL MEDIA (📷📺) BEWERTUNGSPORTAL
- SUCHMASCHINE SONSTIGES _____

DATENSCHUTZRECHTLICHE
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Es liegt uns am Herzen, Ihnen auch bei weiteren Besuchen eine professionelle Beratung und individuelle Betreuung zu bieten. Zu diesem Zwecke möchten wir bestimmte personenbezogene Daten erheben und verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitungen ist Ihre Einwilligung, vgl. Art. 9 Abs. 2 Buchstabe a DSGVO. Selbstverständlich werden wir die uns anvertrauten Daten streng vertraulich und verantwortungsvoll behandeln.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (Kontakt- & Adressdaten, meine Kosmetikbehandlungen, Produktempfehlungen, Hautanalyse, evtl. Allergien etc.) gespeichert und verarbeitet werden. Außerdem stimme ich zu, dass ich über meine angegebenen Kontaktdaten (telefonisch, per SMS, per WhatsApp, per Mail etc.) eine Terminerinnerung erhalte oder ggf. über Neuheiten informiert werde.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit – allerdings nur mit Wirkung für die Zukunft – widerrufen.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte dem „Merkblatt Datenschutz“, das wir Ihnen gerne zur Verfügung stellen.

Datum, Unterschrift

(Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren nur mit Zustimmung eines Erziehungsberechtigten)

LA BIOSTHETIQUE®
PARIS