

(Kopiervorlage)

Datum: \_\_\_\_\_

## Kopfhaut- & Haardiagnose

### 1. Befragen der Kundin / des Kunden

---

a) Sind Sie mit dem Zustand ihrer Kopfhaut zufrieden?

Ja       Nein

Welche Probleme treten auf?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gegen welche Stoffe bestehen Unverträglichkeitsreaktionen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Sind Sie mit dem Zustand ihrer Haare zufrieden?

Ja       Nein

Welche Probleme treten auf?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Wie oft wird Kopfhaut & Haar gereinigt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Welche Präparate werden benutzt:

Reinigung? \_\_\_\_\_

Kopfhautpflege? \_\_\_\_\_

Haarpflege? \_\_\_\_\_

Finish? \_\_\_\_\_

### 2. Feststellen von Kopfhautveränderungen

---

Pigmentflecken

Schorfbildung

Schuppenflechte (Psoriasis)

Wunden oder Verätzungen

Warzen

Entzündungen

starke Schuppenbildung

Pusteln

Narben

Pilzkrankungen

Haarausfall (-art) \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haarfülle im Bereich von Kopfhaut-Veränderungen

volles Haar

gelichtetes Haar

Kahlstellen

Besonderheiten \_\_\_\_\_

(Kopiervorlage)

### 3. Feststellen des Kopfhautzustandes

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> normale Kopfhaut    | <input type="checkbox"/> trockene Kopfhaut          |
| <input type="checkbox"/> trockene Schüppchen | <input type="checkbox"/> fettige Kopfhaut           |
| <input type="checkbox"/> fettige Schuppen    | <input type="checkbox"/> stark schwitzende Kopfhaut |

### 4. Feststellen des Spannungszustandes der Kopfhaut

---

- gut, da leicht verschiebbar
- mässig, da nur teilweise gut verschiebbar
- insgesamt leicht verspannt
- schlecht, da schwer verschiebbar

### 5. Sonstige Feststellungen

---

---

---

### 6. Feststellung des Haarzustandes

---

- |  |   |
|--|---|
| a) Haarfülle   | d) Wellung des Haares                             |
| <input type="checkbox"/> sehr dicht                        | <input type="checkbox"/> glatt                    |
| <input type="checkbox"/> mittel                            | <input type="checkbox"/> leicht wellig            |
| <input type="checkbox"/> gering                            | <input type="checkbox"/> stark wellig             |
| <input type="checkbox"/> teilweise gelichtet               | <input type="checkbox"/> kraus                    |
| <input type="checkbox"/> Kahlstellen                       |   |
| b) Haaroberfläche  | e) Haarstruktur                                   |
| <input type="checkbox"/> glänzend                          | <input type="checkbox"/> fein                     |
| <input type="checkbox"/> matt / leicht porös               | <input type="checkbox"/> mittel                   |
| <input type="checkbox"/> matt / stark porös                | <input type="checkbox"/> dick                     |
| <input type="checkbox"/> je nach Abschnitt unterschiedlich | <input type="checkbox"/> glasig                   |
| c) Auffällige Schäden am Haarschaft                        | f) vorangegangene Behandlungen                    |
| <input type="checkbox"/> gespaltene Spitzen                | <input type="checkbox"/> unbehandeltes Naturhaar  |
| <input type="checkbox"/> Knickstellen                      | <input type="checkbox"/> dauerhafte Haarumformung |
| <input type="checkbox"/> Haarknötchen                      | <input type="checkbox"/> getönt                   |
| <input type="checkbox"/> Haarbruch                         | <input type="checkbox"/> gefärbt                  |
|  | <input type="checkbox"/> blondiert                |
|  | <input type="checkbox"/> gestrahnt                |

Sonstiges:

---

---

---

---

(Kopiervorlage)

**7. Folgerungen für die Weiterbehandlung**

---

a) Begründung der Diagnose:

---

---

b) Welche Behandlung(en) soll(en) erfolgen?

---

---

c) Welche Präparate sollen eingesetzt werden?

Haut:

---

---

Haar:

---

---

Anwendungshinweise für die Kundin:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Kopiervorlage)

Datum: \_\_\_\_\_

## Dauerhafte Haarumformung (Chemische Haarveränderung)

Kundenwunsch: \_\_\_\_\_

### Umformungsziel

- Wellen                       Locken                       Strecken  
 Föhnen                       Lufttrocknen               Einlegen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Diagnose

a) Haarstärke:

	Messung glatt	Messung Schlaufe
Vorderkopf	_____mm	_____mm
Hinterkopf	_____mm	_____mm
Seitenpartie links	_____mm	_____mm
Seitenpartie rechts	_____mm	_____mm
Durchschnitt	_____mm	_____mm

- fein                               mittel                       dick  
 rund                               oval                               bandförmig

b) Haarzustand:

- natur                               oxidativ getönt               gefärbt  
 hellergefärbt / blondiert       Restdauerwelle               Mèches  
 poröse Längen                   poröse Spitzen               Naturwelle  
 Naturkrause

Sonstiges: \_\_\_\_\_

c) Jetzige Haarlänge:

- kurz                               mittel                       lang

Vorbehandlung:

Kopfhaut: \_\_\_\_\_

Haar: \_\_\_\_\_

(Kopiervorlage)

## **Dauerwellpräparat**

---

forte                       medium                       soft                       Strähnen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## **Einwirkzeit**

---

mit Wärmegerät                      \_\_\_\_\_ Min.

ohne Wärme                      \_\_\_\_\_ Min.

evtl. Verlängerung                      \_\_\_\_\_ Min.

## **Fixierung**

---

Welche?                      \_\_\_\_\_ Min.

Wie lange?                      \_\_\_\_\_ Min.

## **Nachbehandlung**

---

Intensivkur: \_\_\_\_\_

Balsam: \_\_\_\_\_

Schnellkur: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## **Pflegeempfehlungen für die Kundin Zuhause**

---

Shampoo: \_\_\_\_\_

Pflege: \_\_\_\_\_

Styling: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wunsch erreicht / Ziel erfüllt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Kopiervorlage)

Datum: \_\_\_\_\_

## Farbveränderung (Chemische Haarveränderung)

Kundenwunsch(Farbe / Mèches / Tönung): \_\_\_\_\_

Die einzelnen Techniken bitte im Technikblatt (Seite 65) einzeichnen.

### Diagnose

Naturfarbton: \_\_\_\_\_

Farbe, Längen: \_\_\_\_\_

Farbe, Spitzen: \_\_\_\_\_

Weissanteil: \_\_\_\_\_

Struktur:

fein

mittel

dick

glasig

poröse Längen

poröse Spitzen

Arbeitsvorgang:

Tönung direktziehend

Tönung oxidativ

Färbung

Hellerfärbung

Blondierung

Mèches

Produkt: \_\_\_\_\_

### Mischverhältnis

Farbwahl

Menge

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ gr./ml

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ gr./ml

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ gr./ml

Gesamtmenge

\_\_\_\_\_ gr./ml

H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>

Menge

Stärke

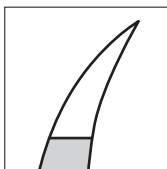
\_\_\_\_\_ gr./ml

\_\_\_\_\_ %

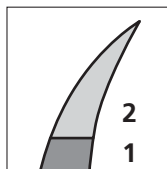
\_\_\_\_\_ gr./ml

\_\_\_\_\_ %

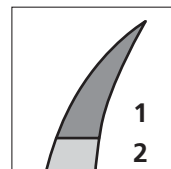
### So wird aufgetragen



Ansatz



1. Ansatz  
2. Längen / Spitze



1. Längen / Spitzen  
2. Ansatz

## LERNDOKUMENTATION

---

(Kopiervorlage)

### **Einwirkzeit**

---

mit Wärmegerät \_\_\_\_\_ Min.

ohne Wärme \_\_\_\_\_ Min.

evtl. Verlängerung \_\_\_\_\_ Min.

Farbausgleich notwendig: \_\_\_\_\_

wenn ja, womit: \_\_\_\_\_

wie: \_\_\_\_\_

### **Nachbehandlung**

---

Intensivkur: \_\_\_\_\_

Balsam: \_\_\_\_\_

Schnellkur: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Pflegeempfehlungen für die Kundin Zuhause**

---

Shampoo: \_\_\_\_\_

Pflege: \_\_\_\_\_

Styling: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

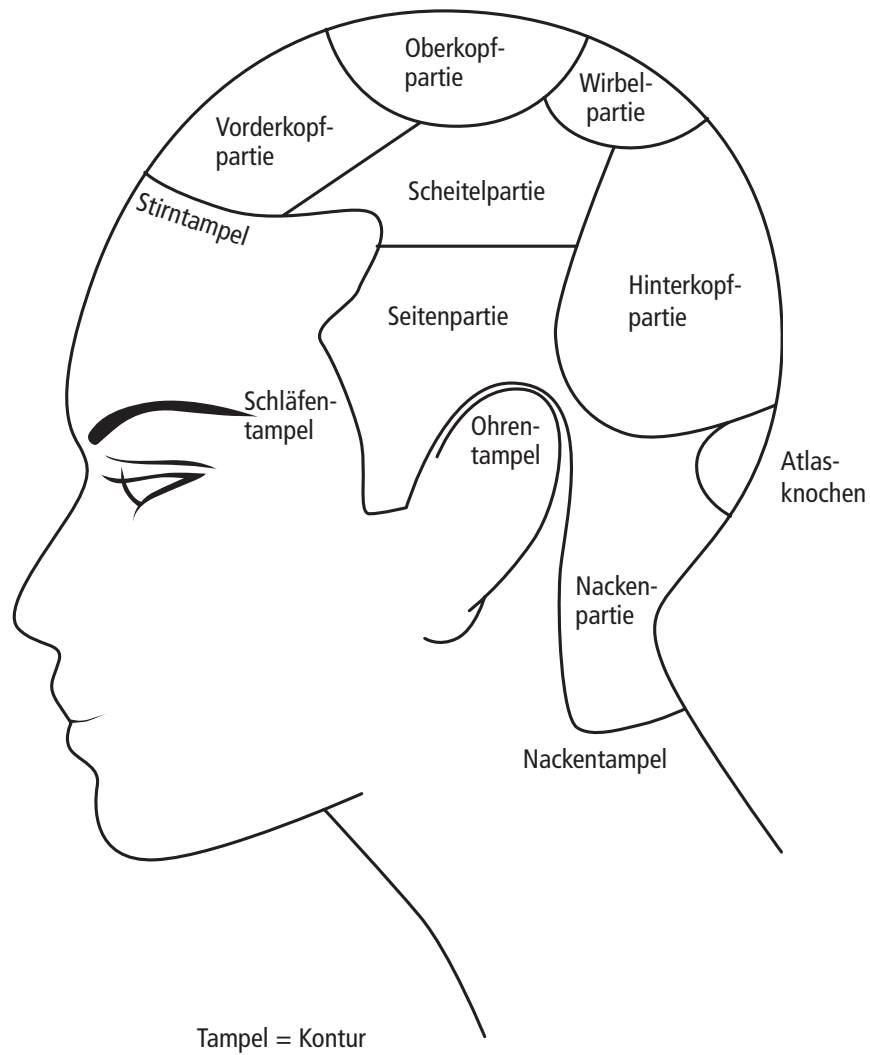
Wunsch erreicht / Ziel erfüllt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Kopiervorlage)

## Technikblatt

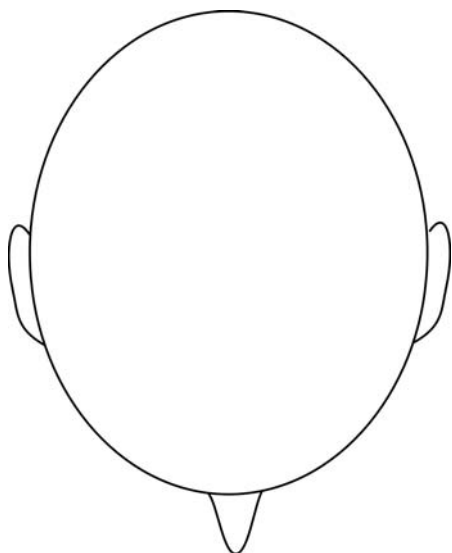
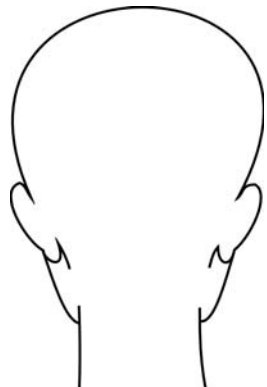
### Die Kopfpartien



(Kopiervorlage)

## Technikblatt

Wickel- oder Strecktechnik / Färbe- oder Mèchetechnik / Haarschnitt



- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_