

Kundenkarte

Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Straße:	Hausnummer:
PLZ/Stadt:	Ortsteil:
Tel priv:	Tel tagsüber:

Allgemeine Informationen:

Beruf:
Hobbys, die Handarbeit mit einschließen:
Praktizierte Sportarten:
Werden bei der Hausarbeit Handschuhe getragen?
Wieviel Zeit wird pro Woche zur Pflege der Nägel verwendet?
Wie oft wird eine professionelle Nagelmodellage vorgenommen?

Hände & Nägel – Diagnostik & Analyse

Hauttype:	Trocken	Empfindl.	normal	fettig
Nagelhaut:	Trocken	verletzt	normal	verwachsen
Nagellänge:	kurz	mittel	lang	
Nagelform:	rund	oval	eckig	halbrund
Zustand:	Trocken	abgekaut	normal	fettig

Splitterblutung	Onychokrytosis	Eierschalen	Onychophagie
Paronychie	Onychomadesis	Tick	Onychorrhaxis
Onychomykose	Onychatrophie	Niednagel	Pterygium
Onychie	Psoriasis	Koilonychie	Feuer-Ringe
Onychogryposis	Rillen	Leukonychie	
Onycholysis	Quetschungen	Onychoklasie	
Onychoptosis	Verfärbungen	Onychauxis	

Bemerkungen:

Arzt / Gesundheitszustand

Hausarzt:		Tel.:	
Strasse:		Hausnummer:	
PLZ / Ort:		Ortsteil:	
Diabetis:	<input type="checkbox"/>	Asthma:	<input type="checkbox"/>
Allergien:	<input type="checkbox"/>	Empfindliche Haut:	<input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen:	<input type="checkbox"/>	Gegenanzeigen:	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:			

Kunstnagel-Erfahrungen

Tip-Technik	<input type="checkbox"/>	UV Gel	<input type="checkbox"/>	Probleme?
Schablone	<input type="checkbox"/>	Acryl	<input type="checkbox"/>	
Verstärkung	<input type="checkbox"/>	Fiberglas	<input type="checkbox"/>	

Kunden-Wünsche

Material:	UV Gel	<input type="checkbox"/>	Acryl	<input type="checkbox"/>	Fiberglas	<input type="checkbox"/>	Fly On	<input type="checkbox"/>
Nagellänge:	kurz	<input type="checkbox"/>	mittel	<input type="checkbox"/>	lang	<input type="checkbox"/>		
Nagelform:	rund	<input type="checkbox"/>	oval	<input type="checkbox"/>	eckig	<input type="checkbox"/>	halbrund	<input type="checkbox"/>
Finish:	Klarlack	<input type="checkbox"/>	Lack	<input type="checkbox"/>	French	<input type="checkbox"/>		
Lack Nr., Sonstiges:								

Tip-Technik

Typ/Firma	<input type="text"/>								
-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nachbehandlung

7 Tage	<input type="checkbox"/>	14 Tage	<input type="checkbox"/>	21 Tage	<input type="checkbox"/>	28 Tage	<input type="checkbox"/>	
Wöchentliche Maniküre		<input type="checkbox"/>						
Neu-Modellage nach	4 Refill	<input type="checkbox"/>	6 Refill	<input type="checkbox"/>	8 Refill	<input type="checkbox"/>	12 Refill	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige die o.g. Angaben zwecks Durchführung einer Nagelbehandlung. Ich bestätige außerdem, dass ich über den korrekten Gebrauch von Haushaltshandschuhen, Nagelhautöl, Nagellackentferner und Tip-Entferner aufgeklärt worden bin. Ich wurde über Gegenanzeigen und mögliche Infektionen aufgeklärt.

Datum, Ort:

Unterschrift des Kunden:

Behandlungsplan:

Datum	Reparatur	Behandlung, Besonderheiten	Material	Verkauf	€
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				
	5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5				

