

Kundencheckliste für GL Apps

Kundenname: _____

Straße: _____ Land/PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Hatten Sie schon einmal eine Haarverlängerung oder -verdichtung? Ja Nein

Wenn ja, welches System? _____

Haben Sie eine Dauer- oder Naturwelle? Ja Nein

Wollen Sie gefärbte Haare? Ja Nein

Wo färben Sie Ihre Haare? Selbst Friseur:

Welche Farbe möchten Sie? Wunschfarbe 1: _____
Wunschfarbe 2: _____
Wunschfarbe 3: _____

Leiden Sie unter Haarausfall? Ja Nein

Hatten Sie eine Kopfverletzung? Ja Nein

Leiden Sie unter einer Hautkrankheit? (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, etc.) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gehen Sie sehr oft ins Thermalbad? Ja Nein

Gehen Sie sehr oft in die Sauna? Ja Nein

Wo kaufen Sie Ihre Haarpflegeprodukte? Supermarkt Friseursalon

Wie tragen Sie Ihr Haar meistens? luftgetrocknet eingedreht ausgeföhnt toupiert