



**Sind Ihnen Allergien bekannt?**

NEIN

JA \_\_\_\_\_

**Welche Kosmetika benutzen Sie momentan?**

Bitte nennen Sie uns nach Möglichkeit die bevorzugte Marke sowie Produkte/ Linie, die Sie verwenden.

---

---

**Wo sehen Sie für sich selbst Behandlungsschwerpunkte:**

<b>Gesichts-/ Dekolletébehandlungen</b>	<b>Körperbehandlungen</b>
<input type="radio"/> Zuführung von Feuchtigkeit	<input type="radio"/> Teilkörperbehandlung (Cellulite – Schwere Beine)
<input type="radio"/> Behandlung der fetten oder irritierten Haut	<input type="radio"/> Ganzkörperbehandlung (Entschlacken – reduzieren – anregen)
<input type="radio"/> Anti Aging / Anti Falten Behandlung	<input type="radio"/> Wohlfühlbehandlung
<input type="radio"/> Pigmentstörungen aufhellen	<input type="radio"/> therapeutische Massage
<input type="radio"/> Hautstruktur verfeinern	<input type="radio"/> Ayurveda
<input type="radio"/> entspannende Wohlfühlbehandlung	

**Wie bewerten Sie das Angebot unseres Jungbrunn SPA?**

(Nach dem Schulnotensystem von 1 sehr gut bis 4 ausreichend)

Beautyabteilung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Massage- Therapieabteilung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Ayurveda-Abteilung	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Wir freuen uns auf das Beratungsgespräch und setzen uns so schnell wie möglich mit Ihnen in Verbindung.



Corina, Manuela und Chris  
Jungbrunn SPA Leitung