

# IHR PERSÖNLICHER TYP-CHECK

NAME \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

PLZ / ORT \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

Was wollen wir gemeinsam an Ihrer Frisur erreichen?

- |                                     |   |                                 |                                    |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> neu/anders | <input type="checkbox"/> modischer/peppiger   | <input type="checkbox"/> kürzer | <input type="checkbox"/> halblang  |
| <input type="checkbox"/> länger     | <input type="checkbox"/> leger/natürlich      | <input type="checkbox"/> jünger | <input type="checkbox"/> markanter |
| <input type="checkbox"/> weicher    | <input type="checkbox"/> romantisch/verspielt |                                 |                                    |

Ihre Stilrichtung ist überwiegend:

- |                                       |   |                                    |                                    |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr modisch | <input type="checkbox"/> leger/natürlich      | <input type="checkbox"/> sportlich | <input type="checkbox"/> klassisch |
| <input type="checkbox"/> puristisch   | <input type="checkbox"/> romantisch/verspielt |                                    |                                    |

Haben Sie Probleme mit Ihrem Haar oder Kopfhaut?

- |  |                                 |                                   |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fettig                      | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> schuppig |
| <input type="checkbox"/> trockene gespannte Kopfhaut |                                 |                                   |

Wie gut ist zur Zeit Ihre Haarstruktur?

- |                                      |                                       |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> stumpf      | <input type="checkbox"/> einigermaßen | <input type="checkbox"/> sehr gut/glänzend |
| <input type="checkbox"/> strapaziert |                                       |  |

Wie gut ist Ihre momentane Haarfarbe?

- |  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> glanzlos                  | <input type="checkbox"/> zu fad/stumpf | <input type="checkbox"/> optimal |
| <input type="checkbox"/> könnte interessanter sein |  |                                  |

Besonders gut gefallen mir:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> natürlich, pflegende Tönung | <input type="checkbox"/> leichte Strähnen          |
| <input type="checkbox"/> modische Reflexe            | <input type="checkbox"/> Haare, die glänzen        |
| <input type="checkbox"/> lang anhaltende Farben      | <input type="checkbox"/> modische Farben           |
|  | <input type="checkbox"/> Bewegung im Haar (Wellen) |

**Gut ist uns nicht gut genug, dürfen wir Sie für einen Zufriedenheitscheck zurückrufen?**

- Ja  Nein