



INVULLEN IN BLOKLETTERS AUB

Voor en achternaam:

Geboorte datum:

Telnummer:

Straat en huisnummer:

Postcode en Plaats:

Klantnummer:
Kaartnummer:
datum:

Gebruikt u medicijnen (antibiotica)? Ja / Nee
Heeft u last van pigmentvlekken? Ja / Nee

A1. Wat is de kleur van uw ogen?

Licht-blauw, -grijs, of -groen	0
Blauw, grijs of groen	1
Lichtbruin	2
Donkerbruin	3
Bruin-zwart	4

A2. Wat is uw natuurlijk haarkleur?

Rosig-rood	0
Blond	1
Kastanje / donkerblond	2
Donkerbruin	3
Zwart	4

A3. Wat is de kleur van uw onbestraalde huid?

Rosig	0
Erg blank	1
Blank met een beige teint	2
Lichtbruin	3
Donkerbruin	4

A4. Heeft uw onbestraalde huid sproeten?

Veel	0
Valt wel mee	1
Weinig	2
Een enkele	3
Geen	4

Totaal A

B1. Wat overkomt u als u lang in de zon blijft?

Pijnlijke roodheid, vervellen	0
Verbrandt vaak met vervellen	1
Verbrandt soms zonder vervellen	2
Verbrandt zelden	3
Verbrandt nooit	4

B2. In welke mate wordt u bruin?

Niet of nauwelijks	0
Een beetje, iets geteint	1
Redelijk	2
Heel gemakkelijk	3
Snel diepbruin	4

B3. Wordt u na het zonnen binnen enkele uren bruin?

Nooit	0
Nauwelijks	1
Soms	2
Vaak	3
Altijd	4

B4. Hoe reageert uw gezicht op de zon?

Erg gevoelig	0
Gevoelig	1
Normaal	2
Kan er goed tegen	3
Nooit last	4

Totaal B

C1. Probeert u bij het zonnen uw hele lichaam te bruinen?

Nooit	0
Nauwelijks	1
Soms	2
Vaak	3
Altijd	4

C2. Wanneer heeft u voor het laatst gezond?

3-4 maanden geleden	0
2-3 maanden geleden	1
1-2 maanden geleden	2
Minder dan 1 maand geleden	3
Minder dan 15 dagen geleden	4

in te vullen door medewerker Relax tanning
advies eerste keer:

Totaal C

Totaalscore A+B+C

HUIDTYPE