

# Ihr Akne-Tagebuch



Das Tagebuch soll Ihnen dabei helfen, Einflussfaktoren auf Ihre Haut zu erkennen. Drucken Sie entweder die Vorlage hinter dem QR Code wöchentlich aus oder kopieren diese Vorlage und füllen sie täglich aus. Schon bald werden Sie erste Muster erkennen können. Ihr/Ihre Apotheker\*in übernimmt gerne eine Hautberatung und hilft Ihnen Ihre Pflegeprodukte zu optimieren.

# DERMASENCE

MEDIZINISCHE HAUTPFLEGE

| Datum   | Mo.,  | Di.,  | Mi.,  | Do.,  | Fr.,  | Sa.,  | So.,  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>Welchem Wetter war Ihre Haut heute ausgesetzt?</b>                       | <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Hitze<br><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit<br><input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Hitze<br><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit<br><input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Hitze<br><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit<br><input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Hitze<br><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit<br><input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Hitze<br><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit<br><input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Hitze<br><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit<br><input type="checkbox"/> Wärme | <input type="checkbox"/> Sonne <input type="checkbox"/> Hitze<br><input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Feuchtigkeit<br><input type="checkbox"/> Wärme |
| <b>Was haben Sie gegessen und getrunken?</b>                                | Morgens: _____<br>Mittags: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Mittags: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Mittags: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Mittags: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Mittags: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Mittags: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Mittags: _____<br>Abends: _____   |
| <b>Gab es Snacks zwischendurch?</b>   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Welche _____   |
| <b>Haben Sie heute Alkohol getrunken?</b>                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Was _____<br>Wieviel _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Was _____<br>Wieviel _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Was _____<br>Wieviel _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Was _____<br>Wieviel _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Was _____<br>Wieviel _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Was _____<br>Wieviel _____   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Was _____<br>Wieviel _____   |
| <b>Was haben Sie heute erlebt?</b>  | <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Entspannung                                   | <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Entspannung                                   | <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Entspannung                                   | <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Entspannung                                   | <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Entspannung                                   | <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Entspannung                                   | <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Sport<br><input type="checkbox"/> Sauna <input type="checkbox"/> Entspannung                                   |
| <b>Pflegeroutine; Welche kosmetischen Produkte haben Sie heute benutzt?</b> | Morgens: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Abends: _____   | Morgens: _____<br>Abends: _____   |
| <b>Wie ist der Zustand Ihrer Haut heute?</b>                                | <input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> spannt<br><input type="checkbox"/> vermehrt Unreinheiten<br><input type="checkbox"/> good skin day         | <input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> spannt<br><input type="checkbox"/> vermehrt Unreinheiten<br><input type="checkbox"/> good skin day         | <input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> spannt<br><input type="checkbox"/> vermehrt Unreinheiten<br><input type="checkbox"/> good skin day         | <input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> spannt<br><input type="checkbox"/> vermehrt Unreinheiten<br><input type="checkbox"/> good skin day         | <input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> spannt<br><input type="checkbox"/> vermehrt Unreinheiten<br><input type="checkbox"/> good skin day         | <input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> spannt<br><input type="checkbox"/> vermehrt Unreinheiten<br><input type="checkbox"/> good skin day         | <input type="checkbox"/> gereizt<br><input type="checkbox"/> spannt<br><input type="checkbox"/> vermehrt Unreinheiten<br><input type="checkbox"/> good skin day         |
| <b>Weibl. Menstruations-Zyklus</b>  | <input type="checkbox"/> Tag 1-7 <input type="checkbox"/> Tag 8-13<br><input type="checkbox"/> Tag 14-20 <input type="checkbox"/> Tag 21-28                             | <input type="checkbox"/> Tag 1-7 <input type="checkbox"/> Tag 8-13<br><input type="checkbox"/> Tag 14-20 <input type="checkbox"/> Tag 21-28                             | <input type="checkbox"/> Tag 1-7 <input type="checkbox"/> Tag 8-13<br><input type="checkbox"/> Tag 14-20 <input type="checkbox"/> Tag 21-28                             | <input type="checkbox"/> Tag 1-7 <input type="checkbox"/> Tag 8-13<br><input type="checkbox"/> Tag 14-20 <input type="checkbox"/> Tag 21-28                             | <input type="checkbox"/> Tag 1-7 <input type="checkbox"/> Tag 8-13<br><input type="checkbox"/> Tag 14-20 <input type="checkbox"/> Tag 21-28                             | <input type="checkbox"/> Tag 1-7 <input type="checkbox"/> Tag 8-13<br><input type="checkbox"/> Tag 14-20 <input type="checkbox"/> Tag 21-28                             | <input type="checkbox"/> Tag 1-7 <input type="checkbox"/> Tag 8-13<br><input type="checkbox"/> Tag 14-20 <input type="checkbox"/> Tag 21-28                             |

**Tipp: Wechseln Sie wöchentlich Ihre Handtücher und regelmäßig Ihre Bettwäsche!**