



Extensions Beratungsprotokoll

VORDRUCK ZUM AUSFÜLLEN IM ATELIER

1. Kundin / Kunde

Name, Vorname: _____
Straße, PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____ Datum: _____

2. Ziel der Haarverlängerung / Haarverdichtung

☐ Mehr Länge ☐ Mehr Volumen ☐ Verdichtung dünner Stellen ☐ Abdeckung kahler Stellen ☐ Farbeffekte ohne Färben

Wunschlänge: _____ cm Wunschfarbe / Nuance: _____

3. Angaben zu Eigenhaar und Kopfhaut

Kopfhaut: ☐ gesund und unempfindlich ☐ empfindlich ☐ gereizt
Eigenhaar: ☐ normal ☐ sehr fein ☐ brüchig ☐ kurz (unter 10 cm) ☐ kräftig
Behandlung: ☐ gefärbt ☐ blondiert ☐ geglättet ☐ chemisch behandelt ☐ unbehandelt
Haarstruktur: ☐ Glatthaar ☐ Wellhaar ☐ Locken ☐ Mischhaar
Besonderheiten / Hinweise: _____

4. Infrage kommende Techniken

☐ Invisible Weft / Invisible Tresse ☐ Hand-Tied Weft ☐ Machine Weft ☐ Tape Extensions
☐ Keratin Bondings ☐ Microring / Nanoring ☐ Microlink / I-Tip ☐ Clip-in Extensions
☐ Flip-in / Halo Extensions ☐ Weaving / Braiding Extensions (auf Cornrows)

5. Empfohlene Methode (Beratungsergebnis)

Empfohlene Technik	
Begründung / Beratungsergebnis	
Material	☐ Echthaar ☐ Mischhaar ☐ Kunsthaar
Anzahl / Menge	_____ Länge: _____ cm

6. Beratung und Aufklärung

☐ Tragedauer und Nachsetzen (alle 6 bis 10 Wochen) ☐ Pflege, Waschen und Schlafen mit Extensions
☐ Zug auf das Eigenhaar und Vermeidung von Schäden ☐ Fachgerechte Entfernung nur im Atelier
☐ Kosten von Anbringung, Nachsetzen und Haar ☐ Einfluss auf Eigenhaar bei feinem Haar
☐ Verhalten bei unterschiedlichen Haararten und Haarlängen ☐ Thermisches Verhalten / Hitze

7. Kosten (Kostenvoranschlag)

Haar / Material	_____ Euro	Anbringung	_____ Euro
Nachsetzen	_____ Euro	Entfernung	_____ Euro
Gesamtkosten	_____ Euro	Kostenvoranschlag	☐ Ja ☐ Nein

8. Bemerkungen

9. Bestätigung

Ich wurde über die ausgewählte Methode, die Anwendung, Pflege, Tragedauer, mögliche Zugbelastung für das Eigenhaar sowie die voraussichtlichen Kosten beraten. Die Beratung wurde verständlich erklärt und Fragen konnten gestellt werden.

Datum, Unterschrift Kundin / Kunde

Datum, Unterschrift Leistungserbringer

Hinweis: Extensions können je nach Methode und individuellem Zustand von Eigenhaar und Kopfhaut zu einer Belastung führen. Bei Beschwerden, Schmerzen oder Reizungen sollte die Anwendung überprüft und gegebenenfalls entfernt werden. Dieses Formular dokumentiert die Beratung und ersetzt keine medizinische Diagnose.