

This data may be recorded in a database. It will be treated confidentially.

PERSON, die den Fragebogen ausfüllt	DATUM	BETROFFENES PRODUKT
NAME:		NAME:
Adresse:		Linie:
Firma:		Chargen-Nr.:

PERSON, die die allergische Reaktion festgestellt hat

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Festgestellt durch: ☐ Kosmetikerin ☐ Distributeur ☐ Endverbraucher ☐ Arzt ☐ Sonstige➤ **Beschreibung der allergischen Reaktion :**

--

➤ **Genaues Datum der allergischen Reaktion (TT/ MM/ JJJJ):**☒ **PERSON mit der allergischen Reaktion:**

Name:	Geschlecht	Alter	Hauttyp	Allergische Vorgeschichte
Adresse:	W ☐ M ☐		trockene H. ☐ / normale H. ☐ Mischhaut ☐ / fettige H. ☐ empfindliche Haut ☐	Ja * ☐
Tel.:			helle ☐ / dunkle ☐	Nein ☐

* Falls ja, an welcher Art allergischer Reaktionen leiden Sie? Lebensmittelallergie ☐ Hautallergie ☐
Allergie im Bereich der Atemwege ☐

bei welchen Produkten (Art, Marke) ?

⇒ Haben Sie einen Allergiepass von Ihrem Arzt, der Ihre Allergien auflistet? Ja ☐ Nein ☐Falls ja, gegen welche Substanzen? ☐ Duftstoffe ☐ Konservierungsstoffe ☐ Medikamente☐ Nahrungsmittel ☐ Sonstige➤ Haben Sie irgendwelche Medikamente zum Zeitpunkt der allergischen Reaktion eingenommen?: Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, welche:

➤ Waren Sie zum Zeitpunkt der allergischen Reaktion dem Sonnenlicht ausgesetzt? Ja ☐ Nein ☐☒ **PRODUKT ANWENDUNG**

☞ Wie haben Sie das Produkt angewendet?

☞ Wie lange haben Sie es angewendet?

This data may be recorded in a database. It will be treated confidentially.

➤ An welchen Körperpartien haben Sie es angewendet?: Gesicht ☐ Arme ☐ Beine ☐ Rücken ☐ Hände ☐
Füße ☐ Augen ☐ Lippen ☐ Sonstige ☐

➤ Haben Sie zum Zeitpunkt der allergischen Reaktion andere Kosmetikprodukte an den betroffenen Körperpartien angewendet? Ja ☐ Nein ☐

➤ Benutzen Sie dieses Produkt zum ersten Mal? Ja ☐ Nein ☐

➤ Benutzen Sie andere Sothys-Produkte? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Produkte?:

➤ Hatten Sie schon einmal ähnliche Reaktionen bei anderen Kosmetika? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, bei welchen (Art, Marke):

➤ Wie lange **nach der letzten Anwendung** trat die Reaktion auf?

➤ Haben Sie das betroffene Produkt nach der allergischen Reaktion weiterhin aufgetragen? Ja ☐ Nein ☐

☒ ALLERGISCHE REAKTION

Haben Sie nach der allergischen Reaktion einen Arzt konsultiert? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, dürfen wir Ihren Arzt kontaktieren? Name des Arztes:

Telefonnummer:

Wurde wegen der allergischen Reaktion eine Einweisung notwendig? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, bitte erläutern Sie warum:

Mussten Sie Ihren gewohnten Tagesablauf wegen der allergischen Reaktion unterbrechen? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, bitte erläutern Sie inwiefern:

☒ BESCHREIBUNG DER ALLERGISCHEN REAKTION

➤ An welchen Körperpartien trat die Reaktion auf?

Gesicht ☐ Arme ☐ Beine ☐ Rücken ☐ Hände ☐ Füße ☐ Hals ☐
Schulter ☐ Brust ☐ Achselhöhlen ☐ Augen ☐ Lippen ☐ Sonstige ☐

➤ Beschreiben Sie welche Art von allergischen Reaktionen aufgetreten sind:

☐ **Auf der Haut:**

Flecken/ Rötungen ☐ Jucken ☐ Brennen ☐ Spannungsgefühl ☐ Trockenheit ☐ Pickel ☐
Schuppenbildung ☐ Sonstige ☐

☐ **Im Augenbereich:**

. Im Auge: Brennen ☐ Tränen ☐ Fremdkörpergefühl ☐
Sonstige ☐

. An der Augenpartie: Trockenheit ☐ Rötungen ☐ Schwellungen ☐

☐ **Im Bereich der Atmung:** bitte beschreiben Sie detailliert

Sind die Symptome verschwunden, nachdem Sie das Produkt abgesetzt haben?: Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wie lange dauerte es, bis die allergische Reaktion nachlies?

Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen.