

# HUIDTYPE ANALYSE

INVULLEN IN BLOKLETTERS AUB



Voor- en achternaam: \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Gebruikt u medicijnen (antibiotica)?

JA

NEE

Heeft u last van pigmentvlekken?

JA

NEE

## 1. Wat is de kleur van uw ogen?

- |                                |   |                          |
|--------------------------------|---|--------------------------|
| Licht-blauw, -grijs, of -groen | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Blauw, grijs of groen          | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Lichtbruin                     | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Donkerbruin                    | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Bruin-zwart                    | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 2. Wat is uw natuurlijke haarkleur?

- |                      |   |                          |
|----------------------|---|--------------------------|
| Rosig-rood           | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Blond                | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Kastanje/donkerblond | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Donkerbruin          | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Zwart                | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 3. Wat is de kleur van uw onbestraalde huid?

- |                           |   |                          |
|---------------------------|---|--------------------------|
| Rosig                     | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Erg blank                 | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Blank met een beige teint | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Lichtbruin                | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Donkerbruin               | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 4. Heeft uw onbestraalde huid sproeten?

- |              |   |                          |
|--------------|---|--------------------------|
| Veel         | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Valt wel mee | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Weinig       | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Een enkele   | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Geen         | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 5. Wat overkomt u als u lang in de zon blijft?

- |                                 |   |                          |
|---------------------------------|---|--------------------------|
| Pijnlijke roodheid, vervellen   | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Verbrandt vaak met vervellen    | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Verbrandt soms zonder vervellen | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Verbrandt zelden                | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Verbrandt nooit                 | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 6. In welke mate wordt u bruin?

- |                         |   |                          |
|-------------------------|---|--------------------------|
| niet of nauwelijks      | 0 | <input type="checkbox"/> |
| een beetje, iets getint | 1 | <input type="checkbox"/> |
| redelijk                | 2 | <input type="checkbox"/> |
| heel gemakkelijk        | 3 | <input type="checkbox"/> |
| snel diepbruin          | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 7. Wordt u na het zonnen binnen enkele uren grijs-bruin?

- |            |   |                          |
|------------|---|--------------------------|
| nooit      | 0 | <input type="checkbox"/> |
| nauwelijks | 1 | <input type="checkbox"/> |
| soms       | 2 | <input type="checkbox"/> |
| vaak       | 3 | <input type="checkbox"/> |
| altijd     | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 8. Hoe reageert uw gezicht op de zon?

- |                   |   |                          |
|-------------------|---|--------------------------|
| Erg gevoelig      | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Gevoelig          | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Normaal           | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Kan er goed tegen | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Nooit last        | 4 | <input type="checkbox"/> |

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

- |            |   |                          |
|------------|---|--------------------------|
| nooit      | 0 | <input type="checkbox"/> |
| nauwelijks | 1 | <input type="checkbox"/> |
| soms       | 2 | <input type="checkbox"/> |
| vaak       | 3 | <input type="checkbox"/> |
| altijd     | 4 | <input type="checkbox"/> |

## 10. Wanneer heeft u voor het laatst gezond?

- |                             |   |                          |
|-----------------------------|---|--------------------------|
| 3-4 maanden geleden         | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 maanden geleden         | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 1-2 maanden geleden         | 2 | <input type="checkbox"/> |
| minder dan 1 maand geleden  | 3 | <input type="checkbox"/> |
| minder dan 15 dagen geleden | 4 | <input type="checkbox"/> |

totaalscore:

huidtype 1 (0 tot 8 punten)

huidtype 2 (8 tot 16 punten)

huidtype 3 (17 tot 25 punten)

huidtype 4 (26 tot 38 punten)

erg gevoelig, verbrand altijd, word niet bruin

gevoelig, verbrand snel, kan wel bruin worden

normaal, kan wel verbranden, wordt goed bruin

goed bestand, verbrand zelden, wordt snel diepbruin