

Spejlnr.: _____

Kundens ønske: _____

Resultatet af farven ønskes: Sæt X

Transparent	
Dækkende	

Farvediagnose: (Hårets grundlag inden påføring af farve)	
Hårets historie	
Naturtone	
Andel hvidt hår	
Farve på længder og spidser	
Andet	

Afrensning eller forpigmentering:	
Produktnavn:	Mængde:
Farvetone:	g/ml
Beize:	g/ml
Indvirkningstid:	

Farve 1:	
Produktnavn:	Mængde:
Farvetone:	g/ml
Beize	g/ml
Indvirkningstid	

Farve 2:	
Produktnavn:	Mængde:
Farvetone:	g/ml
Beize	g/ml
Indvirkningstid	

Farve 3:	
Produktnavn:	Mængde:
Farvetone:	g/ml
Beize	g/ml
Indvirkningstid	

Farve 4:	
Produktnavn:	Mængde:
Farvetone:	g/ml
Beize	g/ml
Indvirkningstid	

Farveteknik: Tegn og beskriv kort din farveteknik.

Eller vedlægge anden dokumentation,

for din farveteknik.



Bemærkninger:

Anbefalet hjemmepleje:
