

# Bewertungsbogen Hautreinigungsmittel

Testprodukt: rath's clean medium

Abteilung: .....

Firma (ggfs. Firmenstempel)

rath's



Hautreinigungsmittel

Sehr geehrte(r) Testteilnehmer(in),

bitte benutzen Sie das Hautreinigungsmittel in den nächsten \_\_\_\_\_ Tagen vor Ihren Arbeitspausen und zum Feierabend. Nach dem Händewaschen bitte rath's Hautpflegeprodukte verwenden. Beachten Sie bitte die Anwendungshinweise auf der Produktrückseite. Mit der möglichst genauen Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns Ihre Interessen kennenzulernen und in Ihrem Sinne neue Produkte zu entwickeln.

Vielen Dank dafür. Ihre Ursula Rath GmbH

## Wie bewerten Sie folgende Eigenschaften?

|                             | sehr gut                 | gut                      | mittelmäßig              | weniger gut              | nicht gut                |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Konsistenz                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautgefühl beim Waschen     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigungswirkung           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abwaschbarkeit              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hautgefühl nach dem Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geruch                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Welches Hautreinigungsmittel nutzen Sie bisher?

## Wie bewerten Sie die Reinigungswirkung im Vergleich zum bisher eingesetzten Produkt?

☐ viel besser    ☐ besser    ☐ gleich gut    ☐ weniger gut    ☐ schlechter

## Mit welchen Arbeitsstoffen hatten Sie, während des Tests, Hautkontakt?

## Wenn Sie wählen könnten, für welches Produkt würden Sie sich entscheiden?

☐ bisheriges Produkt    ☐ Testprodukt    ☐ wäre mir egal

## Was sollten wir Ihrer Meinung nach am Testprodukt ändern?

## Angaben zu Ihrer Person:

☐ männlich    \_\_\_\_\_ Alter    Handschuhträger  
☐ weiblich    ☐ ja    ☐ nein

## Ich habe

☐ kein Hautproblem    ☐ folgendes Hautproblem (Allergie)

Datum Testende