

Aromatherapie-Anforderung • Hessel Apotheke

Auf der Basis von:

Enterosan®-Befund-Nr.:

Geburtsdatum:

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Hessel Apotheke
Hesselgasse 46
69168 Wiesloch

Fon: 06222/ 81414

Fax: 06222/ 2734

E-mail: aroma@hessel-apotheke.de

Internet: www.hessel-apotheke.de

Der Einsender ist zur Beauftragung bevollmächtigt

▲ Patient/in ▲

Name:

Straße:

Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Rückfragen
bitte an:

Patient/in

Therapeut/in

Zubereitung/en
bitte an:

Patient/in

Therapeut/in

Rechnung
bitte an:

Patient/in

Therapeut/in

▲ Therapeut/in ▲

▲ Lieferadresse/Rechnungsadresse

Wichtige Angaben für Ihre individuelle Aromaöl-Zubereitung:

Bitte fertigen Sie mir eine individuelle Zubereitung auf der Basis des beigelegten Aromatogrammes an. Die Kosten für die Zubereitung sind abhängig von der Packungsgröße, der hergestellten Arzneiform und den eingesetzten Ölen. Auf Anfrage erhalten Sie gerne einen Kostenvoranschlag bei der Hessel Apotheke.

Die Zubereitung ist für folgenden Anwendungsbereich gedacht:

Vaginalbereich

Haut

Mund/Rachen

Sonstiges:

Subjektives Beschwerdebild:

Bekannte Unverträglichkeiten:

Bemerkungen (z. B. Patientin ist schwanger / in der Stillzeit):

.....

Einverständniserklärung (Bitte unbedingt von dem/r Patienten/in unterschreiben lassen!)

Ich wünsche die Erstellung einer individuellen Zubereitung. Ich bin einverstanden, dass meine Daten Fall bezogen gespeichert werden. Ich bin darüber aufgeklärt, dass eine Kostenerstattung durch meine Krankenkasse, private Krankenversicherung oder Beihilfefestsetzungsstelle nicht gewährleistet ist.

Ort: Datum: Unterschrift:

Bitte Anforderungsbogen mit Aromatogramm an die Hessel Apotheke übermitteln.

Enterosan® • Labor LS SE & Co. KG • Mangelsfeld 4, 5, 6 • 97708 Bad Bocklet-Großenbrach
Fon: 09708/ 9100-300 • Fax: 09708/ 9100-50 • E-mail: info@enterosan.de • Internet: www.enterosan.de