Fragebogen zum Aromatogramm

Grafschaft St. Ulrich
APOTHEKE
In der Region. Für Sie.

Datum: .....

Patient

Name: ..... E-Mail: .....

Tel.: ..... Adresse: .....

Geschlecht: m/ w/ d Geburtsdatum: .....

Rückfragen an: Patient/ Therapeut

Therapeut

Name: ..... E-Mail: .....

Tel.: ..... Adresse: .....

Aromatogramm:

Probenentnahmeort (z.B. Rachen, Urin, Vaginal, Wunde (wo?)):

.....

Seit wann besteht die Infektion/Beschwerden?

.....

Welche akuten Beschwerden/Symptome liegen vor?

.....

Gibt es weitere Beschwerden (Schmerzen, Juckreiz, Wundheilungsstörungen, psychische Symptome, ...)?

.....

Welche Grunderkrankungen bestehen (Bluthochdruck, Asthma, Autoimmunerkrankungen, Epilepsie (in der Familie), ...)?

.....

Wie steht es um die Leberfunktion und die Leberwerte?

.....

Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?

.....

Gibt es weiter Besonderheiten zu beachten (Schwangerschaft, Stillzeit, Demenz, Hypersensitivität, Krebstherapie, ...)?

.....

Gibt es eine Abneigung gegenüber bestimmten ätherischen Ölen?

.....

Gibt es für die Anwendung besondere Einschränkungen zu beachten (Schluckbeschwerden, keine Bademöglichkeit, Schichtdienst, erhöhte Mobilität, …)?
……
Ist eine Partnerbehandlung erforderlich/ gewünscht?
……
Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?
……

Einverständniserklärung des Patienten

Ich wünsche die Erstellung einer individuellen Zubereitung auf Basis des beigefügten Aromatogramms. Die Kosten für die jeweilige/n Zubereitung/en sind abhängig von der Packungsgröße, der hergestellten Arzneiform und den eingesetzten ätherischen Ölen.
Für Auswertung des Aromatogramms, ggf. Rücksprachen mit Ihrem Therapeuten und der gemeinsamen Ausarbeitung eines für Sie möglichst optimalen Therapiekonzepts fällt eine Pauschale in Höhe des anfallenden Aufwands an.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten fallbezogen gespeichert werden.
In bin darüber aufgeklärt, dass diese Leistung kostenpflichtig ist und dass eine Kostenerstattung durch meine Krankenkasse, private Krankenkasse und Beihilfefestsetzungsstelle nicht gewährleistet ist.

…… …… ……
Ort: Datum: Unterschrift: