

# Aromatherapie-Anforderung

Enterosan®-Befund-Nr.: .....

Geburtsdatum: .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

## ▲ Patient/in ▲

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

## ▲ Therapeut/in ▲

Hessel Apotheke

Hesselgasse 46, 69168 Wiesloch

Fon: 06222/ 81414, Fax: 06222/ 2734

aroma@hessel-apotheke.de, www.hessel-apotheke.de

Stephanus-Apotheke

Saarlandstraße 180, 55411 Bingen

Fon: 06721/ 44093, Fax: 06721/ 44095

stephanus-bingen@t-online.de,

www.stephanus-apotheke-bingen.de

Zieten Apotheke Kreuzberg

Großbeerenstraße 11, 10963 Berlin

Fon: 030/ 5471690, Fax: 030/ 54716919

info@zietenapotheke.de, www.zietenapotheke.de

Der Einsender ist zur Beauftragung bevollmächtigt

**Rückfragen  
bitte an:**

Patient/in

Therapeut/in

**Zubereitung/en  
bitte an:**

Patient/in

Therapeut/in

**Rechnung  
bitte an:**

Patient/in

Therapeut/in

## ▲ Lieferadresse/Rechnungsadresse

## Wichtige Angaben für Ihre individuelle Aromaöl-Zubereitung:

Bitte fertigen Sie mir eine individuelle Zubereitung auf der Basis des beigelegten Aromagrammes an. Die Kosten für die Zubereitung sind abhängig von der Packungsgröße, der hergestellten Arzneiform und den eingesetzten Ölen. Bitte lassen Sie mir einen Kostenvoranschlag zukommen.

Die Zubereitung ist für den 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 Aromagramm an eine der oben genannten Apotheken 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**