



Allgemeine Anamnese Formular für die pulmonale Applikation von Ätherischen Ölen

Bitte füllen Sie dieses Formular aus damit wir alle möglichen Nebenwirkungen vorbeugen und Kontraindikationen erkennen können.

Name:	
Geburtsdatum:TagMonatJahr
Geschlecht:WeiblichMännlich
Gewicht und Körpergrößekgcm
Bekannte Krankheiten:	
Aktuelle Beschwerden:	
Genommene Medikamente und deren Dosis:	
Genommene Nahrung Ergänzung mittel:	
Besuchen Sie regelmäßig Ihren Hausarzt? (Bitte ankreuzen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig an Reihenuntersuchungen Teil? (Bitte ankreuzen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>



Haben Sie alle erforderlichen Impfungen bekommen? (Bitte ankreuzen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie infektiöse Erkrankungen während Ihrer Kindheit? (Bitte ankreuzen)	(Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Scharlach, Ringelröteln, Hand-Fuss-Mund-Krankheit, Dreitagefieber, Eiterflechte, Grindflechte (Impetigo) Pneumokokken-Erkrankung)
In der Familie aufgetretene Krankheiten:	Mutter: Vater: Geschwister: Kinder:
Anzahl der Schwangerschaften:	
Anzahl der Geburten:	
Komplikationen während der Geburt?	
Ist Ihre Periode regelmäßig?	
Zeitpunkt Ihrer ersten und letzten Periode.	Erste Periode mit Jahren. Letzte Periode mitJahren.
Trinken Sie Alkohol? (falls ja, was und wieviel?)WeinBierSpirituosen
Rauchen Sie? (falls ja, seit wann und wieviel pro Tag?)Stk. Zigaretten/tag, seit.....Jahren;E-Zigarette, seitJahren
Folgen Sie irgendeine Diät? (falls ja welche und warum?)	



Bekante Allergien:	
--------------------	--



Formular für den Starter Kit des Pulmonalen Applikators

1. Kreuzen Sie bitte Ihre gewählte Anwendung für den Pulmonalen Applikator ein:
(nur eins ankreuzen!)

- Wellness
- Prävention
- Therapie

2. Falls Sie ‚Wellness‘ gewählt haben, kreuzen Sie bitte an, für was Sie den Applikator verwenden möchten:

				
Feuer	Erde	Metall	Wasser	Holz
				
Herz- und Kreislauf	Tumor	Atmungssystem	Bewegungsapparat	Leber und Galle
				
Sinnesorgane	Metabolismus	Neurodegenerativ	Harn- und Geschlecht	Schmerz
				
Fieber	Schlafstörungen	Gastrointestinal	Frauenheilkunde	Detox
				
Fruchtbarkeit	Immunsystem	Autoimmun	Krampf	Anti-aging
				
Sex	Psyche	Gedächtnis	Übergewicht	Wellness



3. Falls Sie ‚Prävention‘ gewählt haben, kreuzen Sie bitte an für was Sie den Applikator verwenden möchten:

				
Feuer	Erde	Metall	Wasser	Holz
				
Herz- und Kreislauf	Tumor	Atmungssystem	Bewegungsapparat	Leber und Galle
				
Sinnesorgane	Metabolismus	Neurodegenerativ	Harn- und Geschlecht	Schmerz
				
Fieber	Schlafstörungen	Gastrointestinal	Frauenheilkunde	Detox
				
Fruchtbarkeit	Immunsystem	Autoimmun	Krampf	Anti-aging
				
Sex	Psyche	Gedächtnis	Übergewicht	Wellness

4. Falls Sie ‚Therapie‘ gewählt haben, geben Sie bitte eine Ausführliche Beschreibung für Ihre Krankheit bzw. Ihren Zustand an für was Sie den Applikator verwenden möchten:

Deine Angaben werden nach dem schweizerischen Gesetz angewendet.
 Die Schweigepflicht nach Strafgesetzbuch (Artikel 321 StGB) für Ärzte und Hilfspersonen.
 Als solche kommen z.B. Krankenpfleger, medizinische Praxisassistenten und Ergo- und Physiotherapeuten und IT-Dienstleister (Unternehmen) in frage /zum Zuge.
 Deine Daten unterliegen dem Schweige Gesetz. Sie werden nicht weitergegeben.