

# Erfahrungsbericht Aromatherapie / Aromapflege



F·O·R·U·M  
ESSENZIA

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ Geburtsjahr \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_

Diagnose/Indikation \_\_\_\_\_

**Anamnese** (bitte auf der Rückseite notieren)

**Äth. Öl / fettes Öl / Hydrolat / Aromamischung** (Produktname; bei Eigenmischung: Charge, Rezeptur; bei Produkt: Inhaltsstoffe)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verträglichkeitstest** (wo/wie) \_\_\_\_\_

## Anwendung

Art \_\_\_\_\_ Körperteil \_\_\_\_\_

Dauer \_\_\_\_\_ Häufigkeit \_\_\_\_\_

**Erfahrung / Bewertung** (vorher / nachher, objektiv)

**Wirksamkeit** (Skala 1–10; 1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend...)

**Verträglichkeit**

1. Anwendung \_\_\_\_\_

2. Anwendung \_\_\_\_\_

Weitere Anwendungen \_\_\_\_\_

**Patientenempfindung** (soweit möglich) \_\_\_\_\_

**Wirksamkeit** (Skala 1–10; 1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend...)

**Verträglichkeit**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Weitere Informationen zur Ölanwendung** (Geruch, Eigenempfindungen, Wahrnehmung weiterer Personen im Raum etc.)

\_\_\_\_\_

Begleitende sonstige Maßnahmen (Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Komplementärmedizin – Details siehe Rückseite)

\_\_\_\_\_

Preis-Leistungs-Verhältnis \_\_\_\_\_

Weiteres Vorgehen/Rat/Empfehlung \_\_\_\_\_

**Quellenangaben** zu den ätherischen Ölen, fetten Ölen, Hydrolaten, sonstigen Anwendungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fotodokumentation** (mit schriftlicher Genehmigung des Patienten/Kunden; mit Datum)

vor der Behandlung; einen Tag/täglich; eine Woche/einen Monat

Datum, beobachtende/durchführende Person \_\_\_\_\_





## Anamnese

- **Duftvorlieben**

---

---

- **Geruchsablehnungen, negative Erlebnisse**

---

---

- **Krankheiten** inkl. Medikation, wenn möglich ab Geburt bis jetzt

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Geburten/Schwangerschaften/Abbrüche**

---

---

- **Allergien**

---

---

- **Dauermedikation**

---

---

- **Medikation** während Aromatherapie, auch Nahrungsergänzungsmittel, Phytotherapie, Homöopathie, Bachblüten etc.

---

---

- **bekannte Krankheiten in der Familie**

---

---

- **Vorlieben** Ernährung, Sport, Rauchen, Sonstiges

---

---

