

## Anwendungsbeobachtung Plazentanosoden

... in Zusammenarbeit mit Hebammen



Plazentanosoden werden seit langer Zeit von vielen Hebammen empfohlen und haben sich in vielen Familien bewährt. Leider wurden zu keiner Zeit Erfahrungswerte gesammelt. Somit ist es bis heute nicht möglich, den tatsächlichen Nutzen der Plazenta-Globuli zu beurteilen. Bei welchen Beschwerden helfen die Globuli am besten? Was ist die optimale Dosierung ...? Diese Fragen wollen wir mit Ihrer Hilfe beantworten. Bringen wir gemeinsam Licht ins Dunkel der Plazentaglobuli.

**Bitte füllen Sie für jeden Beschwerdefall bzw. Krankheitsfall, bei welchem Sie die Globuli einsetzen, einen Anwendungsbeobachtungsbogen aus.** Für Ihre Mühen erhalten Sie für jeden Bogen, den Sie uns zurückbringen, zurückfaxen (FAX 0761 – 3 45 63) oder uns zurücksenden einen **Einkaufsgutschein von € 2.-**.

Um Ihren Aufwand zu reduzieren, können Sie uns gerne auch mehrere Bögen gesammelt zukommen lassen.

**Sie benötigen neue Fragebögen? Sie haben Fragen zum richtigen Ausfüllen des Bogens? ...**

**Dann rufen Sie uns einfach an: Tel. 0761 – 3 45 65**

Plazentanummer ..... (diese finden Sie auf der Aufbewahrungsschachtel Ihrer Plazentaglobuli)

Dieser Beobachtungsbogen wurde ausgefüllt im ....., 200 .....  
(Monat) (Jahr)

**1. Alter des Patienten / der Patientin** (bitte nur ein Feld ankreuzen)

0-1 Jahre  2-5 Jahre  6-12 Jahre  13-18 Jahre  18 Jahre und älter

**2. Patient/in** (bitte nur ein Feld ankreuzen)

Mutter  Kind  Geschwisterkind  Partner

**3. Warum wurden die Globuli eingenommen?** (möglichst nur ein Feld ankreuzen)

- |  |   |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Steigerung der Milchproduktion                         | 11. <input type="checkbox"/> Neurodermitis  |
| 2. <input type="checkbox"/> Verbesserung der Milchqualität (nahrhafter)            | 12. <input type="checkbox"/> Windeldermatitis   |
| 3. <input type="checkbox"/> Stressmilch (schlecht verdaulich)                      | 13. <input type="checkbox"/> sonstige Hautbeschwerden                                 |
| 4. <input type="checkbox"/> Stresssituationen (Kind)                               | 14. <input type="checkbox"/> Blähungen Säugling                                       |
| 5. <input type="checkbox"/> Stresssituationen (Mutter)                             | 15. <input type="checkbox"/> Migräne  |
| 6. <input type="checkbox"/> Erschöpfung Mutter                                     | 16. <input type="checkbox"/> Einschlafprobleme Kind                                   |
| 7. <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung                                    | 17. <input type="checkbox"/> Durchschlafprobleme Kind                                 |
| 8. <input type="checkbox"/> Erkältungen (Schnupfen, Husten, Halsschmerzen, Fieber) | 18. <input type="checkbox"/> allergische Beschwerden Haut                             |
| 9. <input type="checkbox"/> Periodenbeschwerden                                    | 19. <input type="checkbox"/> allergische Beschwerden Atemwege (Nase, Hals, Bronchien) |
| 10. <input type="checkbox"/> unregelmässige Periodenzyklen                         |   |

Sollten Ihr Beschwerden nicht verzeichnet sein, dann nennen Sie die Erkrankung oder beschreiben Sie mit wenigen Worten die Beschwerden:

.....

.....

