

# **Protokoll zur Kräutertherapie Kontrolle** **Ordination Dr. S. Laciny**

Bei bereits länger laufender Kräutertherapie, **nur** begonnen bei und von Frau Dr. Laciny, haben Sie die Möglichkeit, einzelne Nachkontrolltermine auch mit diesem Protokoll zu absolvieren.

Diese Form der Nachkontrolle ist nur sinnvoll, wenn Sie die Kräuter prinzipiell gut vertragen, keine akuten Beschwerden oder akuten Veränderungen des Zustandes bestehen und nur geringe Veränderungen der Rezeptur nötig sind.

Diese Protokollkontrolle sollte maximal bei jedem 2. Termin erfolgen. Dazwischen sollten sie immer wieder zu einem persönlichen Termin kommen, da auch Zunge und Puls Diagnose erfolgen muss.

**Die Protokollkontrolle gibt Ihnen die Möglichkeit unabhängig von Zeit und Ort mit uns zu kommunizieren und Ihre Rezeptur an Ihre Bedürfnisse anzupassen.**

Bitte füllen Sie dazu folgendes Formular gut leserlich aus und senden Sie es per bevorzugt per Mail.

[dr.laciny@schmerztherapie.at](mailto:dr.laciny@schmerztherapie.at)

Wenn Wir Ihr Mail erhalten haben, bestätigen wir das kurz mit Rückmail, falls Sie keine Bestätigung erhalten, hat uns Ihr Mail nicht erreicht !

**Patient:**

**Geb. Datum:**

**Datum:**

---

**Wie haben sich wichtigsten aktuellen Beschwerden verändert:**

**Was ist besser:**

**Was ist unverändert:**

**Gibt es Verschlechterungen:**

---

**Nur die Bereiche ausfüllen, die in Ihren Fall ein Problem waren/ geworden sind und noch nicht unter aktuellen Beschwerden beschrieben worden sind.**

**Wie ist die Verdauung:**

Appetit:

Magen:

Stuhl ( Festigkeit, Frequenz):

Blähungen:

Schmerzen:

---

**Harnsystem:**

Farbe:

Menge:

Inkontinenz:

Schmerzen/Brennen:

---

**Schlaf:** Einschlafen:

Träume:

Durchschlafen:

---

**Schwitzen:** Tag:

Spontan ?

Wo ?

Nacht:

Wallungsartig?

---

**Hitze / Kälte:** Leicht kalt:

Wo ?

Leicht heiß:

Wo ?

---

**Erkältungen:** wann:

Art (Hals/Nase/Lunge):

Fieber:

wann war Fieber:

Frösteln:

Nachtschweiß:

Schon abgeklungen ?

Noch Reste da, welche ?

---

**Psyche:**

**Energie:**

---

**Augen:** Rötung/Schwellung/Jucken ?

---

**Gehör:**

**Tinnitus:**

---

**Haare:**

**Nägel:**

**Nur die Bereiche ausfüllen, die in Ihrem Fall ein Problem waren/ geworden sind und noch nicht unter aktuelle Beschwerden beschrieben worden sind.**

Haut:

---

Gelenke/Knochen

Wirbelsäule:

---

Schwindel:

Kopf:

Herz:

---

**Andere Apotheke gewünscht ?**

**Neue Telefonnummer ?**

Sobald wir Ihr Protokoll erhalten, wird es bearbeitet und an die Apotheke weitergeleitet, die Sie zuletzt hatten, außer Sie geben eine andere an. Sie werden von der Apotheke telefonisch verständigt, wenn das Rezept fertig ist. Falls Sie nach 1 Woche von der Apotheke nicht verständigt worden sind, melden Sie sich bitte noch einmal bei uns und wir urgieren für Sie. Bitte geben Sie uns bekannt, falls sich Ihre Telefonnummer geändert hat.

Die Bearbeitung des Protokolls, das Umschreiben der Rezeptur und die Neubestellung ist für uns ein gleicher zeitlicher Aufwand wie in der Ordination und wird mit **35,- € in Rechnung** gestellt. Sie erhalten die Rechnung und den Zahlschein per Post. Mit Senden des Protokolls an uns erklären Sie sich damit einverstanden.

Wir hoffen Ihnen durch diese Serviceleistung dienlich zu sein.

Ihr Ordinationsteam  
Dr. Sonja Laciny