**Fragebogen für Ihre persönliche Aromaberatung**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden-Sorgen-Nöte sind der Anlass für Ihren Termin?** ..........................………………………………………………………………………….................................... ..........................………………………………………………………………………….................................... ..........................…………………………………………………………………………....................................

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden? z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.** ..........................…………………………………………………………………………................................... ..........................…………………………………………………………………………....................................

**Haben Sie Allergien?**

Aromaöle / Pollen ................................................................................................................................................................ Nahrungsmittel ....................................................................................................................................