



Plazentanosoden

BESTELLFORMULAR FÜR AUTONOSODEN

Bitte ankreuzen

- ☐ PLAZENTANOSODEN ☐ NABELSCHNURBLUTNOSODEN
☐ NABELSCHNURNOSODEN ☐ MUTTERMILCHNOSODEN

Die Herstellung der Nosoden geschieht in reiner Handarbeit. Jede Potenzierung erfordert einen weiteren Arbeitsdurchgang. Die Preise entstehen durch die einzelnen Verschüttelungsschritte.

Die Preise für D- und C-Potenzen sind grundsätzlich gleich. Die Herstellung von D- und C-Potenzen erfolgt in zwei Arbeitsdurchgängen und müssen daher von uns immer einzeln berechnet werden.

UNSERE EMPFEHLUNG: DAS GLOBULI-SET

Die D- und C-Potenzreihe bieten wir Ihnen als Set an. Es besteht aus je 10 g oder je 20 g Globuli in den Potenzen 6, 8, 12, 20 und 30. Im Set ist auch eine Stammdilution in D3 oder C3 enthalten. Aus dieser Stammdilution können Sie zusätzlich Salben anfertigen lassen und/oder später erneut Globuli nachbestellen. Das Set hat einen Sonderpreis.

Potenz	Menge, Preis	
D-REIHE	je 10 g D6, 8, 12, 20, 30 & 10 ml Stammdilution	59,90 € ☐
	je 20 g D6, 8, 12, 20, 30 & 10 ml Stammdilution	69,90 € ☐
C-REIHE	je 10 g D6, 8, 12, 20, 30 & 10 ml Stammdilution	59,90 € ☐
	je 20 g D6, 8, 12, 20, 30 & 10 ml Stammdilution	69,90 € ☐

bitte ankreuzen

ZUSATZMENGEN GLOBULI

für je 10 g mehr berechnen wir zusätzlich 2,00 €

- ☐ POTENZ ____ ☐ MENGE ____ ☐ POTENZ ____ ☐ MENGE ____
☐ POTENZ ____ ☐ MENGE ____ ☐ POTENZ ____ ☐ MENGE ____
☐ POTENZ ____ ☐ MENGE ____ ☐ POTENZ ____ ☐ MENGE ____

ZUSATZMENGEN STAMMDILUTION

- D3-STAMMDILUTION 10 ML ZUSÄTZLICH 4,90 € ☐
C3-STAMMDILUTION 10 ML ZUSÄTZLICH 4,90 € ☐

NOSODEN-SALBEN

siehe Salben-Bestellformular

EINLAGERUNG

im Set enthaltene Stammdilution (3 Jahre) 15,00 € ☐

einer zusätzlichen Stammdilution (3 Jahre) ☐ C3 ☐ D3 19,90 €

Die Stammdilution benötigen Sie für die Herstellung weiterer Nosodenprodukte oder für den Fall, dass Ihr Globuli-Vorrat aufgebraucht ist und Sie nachbestellen möchten. Sollte Ihre Stammdilution bei uns eingelagert sein, können Sie uns Ihre Wünsche telefonisch mitteilen. Oder Sie senden uns Ihre Stammdilution zusammen mit Ihren Wünschen / Ihrer Bestellung zu.

VORNAME, NAME SPENDERIN

GEB.DATUM

ANSCHRIFT

PLZ, ORT

EMAIL

TEL.-Nr.

ENTBINDUNGSTERMIN

NAME DES KINDES

DATUM, UNTERSCHRIFT

EINZELPOTENZEN GLOBULI

Möchten Sie mehrere Einzelpotenzen bestellen, so errechnet sich der Gesamtpreis aus dem Preis für die höchste Potenz sowie 4,90 € für jede weitere bestellte Potenz. Bitte beachten Sie bei der Erstbestellung: Wenn Sie später einmal Globuli oder Salben nachbestellen möchten, benötigen wir hierfür eine Stammdilution, die Sie bei Ihrer Erstbestellung mit bestellen müssen, sollten Sie kein Set bestellen.

Potenz	Menge	Preis
☐ D6	10 g	29,00 €
☐ D8	10 g	32,50 €
☐ D12	10 g	35,00 €
☐ D20	10 g	39,50 €
☐ D30	10 g	46,90 €
☐ D200	10 g	194,90 €

bitte ankreuzen

Potenz	Menge	Preis
☐ C6	10 g	29,00 €
☐ C8	10 g	32,50 €
☐ C12	10 g	35,00 €
☐ C20	10 g	39,50 €
☐ C30	10 g	46,90 €
☐ C200	10 g	194,90 €

bitte ankreuzen

- ☐ 20 g Globuli statt 10 g: 2,00 je Potenz zusätzlich
☐ 20 g für folgende Potenzen: _____

PLACEBO GLOBULI

wirkstofffrei für kleine Geschwister

10 g 2,00 € ☐

VERSAND / PORTO

6,90 €

Bitte fügen Sie bei Erstbestellung das vollständig ausgefüllte Bestellformular (Seite 1 und 2) dem bestückten Glasfläschchen bei und senden es im vorliegenden Rückschlag an uns zurück. Herstellung und Versand können bis zu 14 Tagen dauern. Gerne versenden wir auch ins Ausland. Bitte fragen Sie uns zu den entsprechenden Portokosten. Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung!

DATENSCHUTZ

gelesen und akzeptiert – bitte ankreuzen! ☐

Im Sinne des Datenschutzes erkläre ich mich zur Verwendung meiner Daten im Rahmen der Abwicklung meiner Bestellung einverstanden.

Unsere Preise sind gültig ab 01.01.2014. Alle Änderungen vorbehalten

UNSERE KOSTENLOSE SERVICENUMMER FÜR SIE:

0800 667 63 36



LINDEN - APOTHEKE

Apothekerin Evelyn Bruder
Heinrich-Niemeyer-Str. 33
48477 Hörstel-Riesenbeck

Tel.: 05454 8227
Fax: 05454 7725
www.schutznosoden.de

Plazentanosoden

ANLEITUNG ZUR ENTNAHME FÜR DIE NOSODENHERSTELLUNG

Im Überblick

HYGIENISCHE UMGEBUNG

EINMALHANDSCHUHE

PROBEFLÄSCHCHEN M. KONSERVIERUNGSLÖSUNG

ERBSENGROSSES PLAZENTASTÜCKCHEN INS PROBEFLÄSCHCHEN

ETIKETT BESCHRIFTEN

ENTNAHMEPROTOKOLL AUSFÜLLEN

UMGEBUNGSBEDINGUNGEN

Der Hygienestatus einer Klinik oder eines Geburtshauses erfüllt die Anforderung für die Entnahme des erbsengroßen Plazentastückes: saubere Flächen und Instrumente / Geräte sowie Händedesinfektion.

PROBENTENTNAHME

Hände waschen und desinfizieren, Einmalhandschuhe anlegen. Mit einem sterilen Einmalskalpell **AUS DER NÄHE DES NABELSCHNURANSATZES MÜTTERLICHERSEITS EIN ERBSENGROSSES STÜCK AUS DER PLAZENTA** entnehmen. Plazentastück mit einer sterilen Pinzette oder dem Skalpell ins Probefläschchen geben.

Das Probefläschchen mit der Konservierungslösung verwenden und das Etikett zur eindeutigen Zuordnung mit dem Namen und dem Datum beschriften.

Sofern bei der Geburt kein Probefläschchen zur Verfügung steht, kann das Plazentastückchen in einem sauberen Kunststoffbehälter eingefroren werden und zu einem späteren Zeitpunkt, jedoch spätestens nach einem Jahr, in das Probefläschchen gegeben werden.

TRANSPORT DER PROBE

Für den Transport sollte das Probefläschchen in dem dafür vorgesehenen Behältnis verpackt sein. Befindet sich das Plazentastückchen im Probeversandglas der Linden-Apotheke (dieses beinhaltet eine Konservierungslösung aus Ethanol, Glycerin und Wasser), so ist eine Aufbewahrung bis zu 3 Monaten möglich (erlaubter Temperaturbereich +2 bis +35 °C). Eine Kühlung ist also nicht notwendig.

ENTNAHMEPROTOKOLL

Zum Nachweis der qualitätsgesicherten Herstellung der Autonosoden inkl. der Entnahme bitten wir nachfolgend um die Bestätigung der Einhaltung dieser Entnahmeanleitung, unter Angabe des Namens und der Funktion des/der Entnehmers/In.

WICHTIGER HINWEIS

Bitte beachten Sie, dass eine Herstellung nur bei vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Formularen, inkl. Entnahmeprotokoll und Gesundheitsauskunft möglich ist. (§11 Apothekenbetriebsordnung)

VORNAME, NAME SPENDERIN	GEB.DATUM
ANSCHRIFT	
PLZ, ORT	TEL.-Nr.
ENTBINDUNGSTERMIN	NAME DES KINDES

☐ PLAZENTA ERBSENGROSS
☐ NABELSCHNUR ERBSENGROSS
☐ NABELSCHNURBLUT (1 – 10 TROPFEN)

ENTNAHMEPROTOKOLL

NAME DES ARZTES / DER HEBAMME
ENTNAHMEORT (KRANKENHAUS/GEBURTSHAUS)
PLZ, ORT
DATUM, UNTERSCHRIFT

GESUNDHEITS-AUSKUNFT

Wurde die Mutter **positiv** auf folgende übertragbare Krankheiten getestet: (Angaben dazu entnehmen Sie bitte dem Mutterpass oder fragen Sie Ihren Frauenarzt. Ihr Frauenarzt würde Sie über einen positiven Befund benachrichtigen.)

HIV 1/2	JA ☐	NEIN ☐
HEPATITIS B/C (HBs-Ag Test)	JA ☐	NEIN ☐
TREPONEMA PALLIDUM (LSR-Test)	JA ☐	NEIN ☐

Die Richtigkeit meiner Angaben bestätige ich durch meine Unterschrift

DATUM, UNTERSCHRIFT DER MUTTER