

Herstellung Eigenblutnosoden

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

D 30

D 100

Abgabe vom Glycerol: _____

Frei von ansteckenden Krankheiten, insbesondere HIV und Hepatitis C.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Von der Apotheke auszufüllen:

Erhalt von Eigenblut: _____

Urtinktur angesetzt: _____