

Meine Frage an den Naturarzt:

Kontakt: Dr. med. Bachmann
 Hartenthaler Str. 23, D-86825 Bad Wörishofen
 Tel.: 0049 (0) 8247 / 3930, Mobil: 0049 (0) 171 / 6225116
 Fax: 08245-4301 Email: drbachmann@t-online.de www.drbachmann.de

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____ Beruf: _____
 PLZ: _____ Ort: _____ Strasse _____ EMail: _____
 Telefon: _____ Fax: _____ Krankenkasse: _____

Jetzige Beschwerden / Diagnosen:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Herz/ Kreislauf	<input type="checkbox"/> Schwindelgefühl <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Puls <input type="checkbox"/> Herzschmerzen	<input type="checkbox"/> Atemnot <input type="checkbox"/> kalte Hände/Füße	Auslösung durch <input type="checkbox"/> körperliche Belastung <input type="checkbox"/> seelische Belastung	Frühere Operationen Krankenhausaufenthalte
--------------------	--	---	---	---

Atemweg Lunge	<input type="checkbox"/> häufige Erkältung <input type="checkbox"/> Reizhusten <input type="checkbox"/> chron. Bronchitis <input type="checkbox"/> öft. Mandelentzündung	<input type="checkbox"/> Stirnhöhlenentzündung <input type="checkbox"/> Luftnot	Auslösung durch <input type="checkbox"/> Kälte / Nässe <input type="checkbox"/> seelische Belastung	
------------------	---	--	---	--

Magen / Leber Pankreas/Darm	<input type="checkbox"/> Oberbauchschmerzen <input type="checkbox"/> krampfart. Schmerzen <input type="checkbox"/> Blähungen <input type="checkbox"/> Aufstoßen	<input type="checkbox"/> häuf. Durchfall <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden <input type="checkbox"/> Verstopfungen	Auslösung durch <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> seelische Belastung	
--------------------------------	--	---	--	--

Niere/Blase	<input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen <input type="checkbox"/> oft Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> Nierenkoliken <input type="checkbox"/> Nierensteine	Auslösung durch <input type="checkbox"/> Kälte/Nässe	
-------------	--	---	---	--

Wirbelsäule Gelenke	<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Kreuzschmerzen <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> rheumat. Beschwerden	Auslösung durch <input type="checkbox"/> Kälte / Nässe <input type="checkbox"/> Ernährung	
------------------------	---	---	---	--

Haut	<input type="checkbox"/> Ekzeme <input type="checkbox"/> Pilzkrankungen <input type="checkbox"/> trockene Haut	<input type="checkbox"/> feuchte Haut	Auslösung durch <input type="checkbox"/> seelische Belastung	
------	--	---------------------------------------	---	--

Allergien	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> gegen Penicillin	<input type="checkbox"/> gegen Medikamente <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel		
-----------	---	---	--	--

Gefäße	<input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Gehen	<input type="checkbox"/> Abends dicke Beine	Auslösung durch	
--------	---	---	-----------------	--

sonstiges	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/> Alkohol pro Tag <input type="checkbox"/> Kaffee pro Tag <input type="checkbox"/> Zigaretten pro Tag	
-----------	--	---	--	--

Frage

.....

.....

Medikamente	Welche Medikamente nehmen Sie ein ?		In welcher Dosierung ?	
1. _____	3. _____	5. _____		
2. _____	4. _____	6. _____		

Ich lege besonderen Wert auf und möchte (bitte ankreuzen)

eine ärztliche Untersuchung als erstes eine telefonische Beratung zunächst eine schriftliche Empfehlung

gem. AGB