

Meine Frage an den Naturarzt:

Kontakt:
 Postfach 1143 D-86814 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 <input type="checkbox"/>	Auslösung durch <input type="checkbox"/> Kälte / Nässe <input type="checkbox"/> seelische Belastung <input type="checkbox"/>
------------------	---	--	---	-------

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 <input type="checkbox"/>	Auslösung durch <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> seelische Belastung <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	---	--	-------

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 <input type="checkbox"/>	Auslösung durch <input type="checkbox"/> Kälte / Nässe <input type="checkbox"/> Ernährung
------------------------	---	---	---	-------

Haut	<input type="checkbox"/> Ekzeme <input type="checkbox"/> Pilzerkrankungen <input type="checkbox"/> trockene Haut	<input type="checkbox"/> feuchte Haut <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>
-----------	---	---	-------	-------

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

sonstiges	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit <input type="checkbox"/>	<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

Dr. R.M. Bachmann, Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, F.X. Mayr-Arzt
 Telefon: 0049 (0) 171 / 6225116
 Postfach 1143 D – 86814 Bad Wörishofen □ Römerstr. 21 D – 86842 Türkheim
 Telefon: 0049 (0) 8247 / 3930 □ Fax: 0049 (0) 8245 / 4301
 EMail: drbachmann@t-online.de □ www.drbachmann.de

V/2.11.07
 © BACHMANN

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Die Information ersetzt keine ärztliche Untersuchung.