



Beschwerdenliste

FRAGEN & BESCHWERDEN

Bei medizinischen Fragen oder auftretenden Beschwerden wenden Sie sich bitte an Herrn Dr. Farmini über unsere Emailbetreuung:

office@drfarmini.com



ÖFFNUNGSZEITEN

Unser Sekretariat ist für Sie telefonisch erreichbar am

Montag von 13:00 bis 19:00 Uhr,

Dienstag von 10:00 bis 13:00 und 14:30 bis 18:00 Uhr,


Mittwoch von 10:00 bis 13:00 und 14:30 bis 19:00 Uhr,


Donnerstag von 13:00 bis 18:00 Uhr und

Freitag von 10:00 bis 15:00 Uhr

unter nachfolgender Telefonnummer:

+43 660 / 161 40 30





BEWERTUNG IHRER BESCHWERDEN

0 nicht mehr vorhanden 1 leichte Beschwerden 2 mittelstarke Beschwerden 3 starke Beschwerden

Datum der Bewertung D1 D2 D3

	D1	D2	D3		D1	D2	D3
Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Müdigkeit in der Früh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie, Pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regel, stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingernägel, brüchig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis, schwach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen (ausser Rücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimmungsschwankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenheit, Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenheit, Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarwuchs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenheit, Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenheit, Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trockenheit, Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kältegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wassereinlagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zyklusunregelmässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libidoverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>