

Bienenstockluft-Therapie

Ärztliche Verordnung

Teil 1 - Identifizierung

Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	
-----	--

behandelnder Facharzt/Hausarzt von

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Mitgliedsnummer	

Teil 2 - Diagnose

bestätige, dass die oben genannte Person durch eine der folgenden Beschwerden beeinträchtigt ist

- Asthma
- Bronchienbeschwerden
- Stress
- Migräne
- Schlafstörungen
- Geruchs- und/oder Geschmacksstörungen

und der aktuelle Gesundheitszustand eine Teilnahme an einer Bienenstockluft-Therapie erlaubt.

Datum	
Unterschrift	