

Bioresonanz Kaltenbach  
Sabine Kaltenbach  
Steinhalde 4/1  
78052 VS-Tannheim



Bioresonanz Kaltenbach  
Steinhalde 4/1  
78052 VS-Tannheim  
+49 (0) 7705/97 88 041

info@bioresonanz-kaltenbach.de  
www.bioresonanz-kaltenbach.de

## Anamnesebogen für Patienten

### Daten der Praxis

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße / Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Mobilnummer / Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Daten des Patienten

Patienten Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Nachname Besitzer: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Haarprobe

Bitte in Alufolie verpackt hier anheften!



## Wunschanalyse

- Allgemeine Auswertung zum Preis von 102,00€  
Umfasst eine Vielzahl der unter Einzelauswertung aufgeführten Bereiche.
- Allergien zum Preis von 42,00€  
Umfasst Pollen, Holzarten, Lebensmittel & Lebensmittelzusatzstoffe, Inhalationsallergene, Lacke, Lösungsmittel, Kleber, Lackiermittel, Metalle & Schwermetalle, Textilfasern, Tierhaare, Pestizide, Herbizide, Fungizide, Insektizide, Akarizide und Umweltgifte
- Einzelauswertung zum Preis von je 16,00€

### **Was möchten Sie bei der Einzelauswertung getestet haben?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Therapieblockaden            | <input type="checkbox"/> Physiologie Mensch                            |
| <input type="checkbox"/> Vortest allgemein            | <input type="checkbox"/> Primärbelastung autonomes Nervensystem        |
| <input type="checkbox"/> Organtest komplett           | <input type="checkbox"/> Schwäche & Störungen Organsystem              |
| <input type="checkbox"/> Organtest 5 Elemente         | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule, Schädelknochen & Hirnnerven      |
| <input type="checkbox"/> Nervengeflecht               | <input type="checkbox"/> Periphere Nerven                              |
| <input type="checkbox"/> Schädelknochen               | <input type="checkbox"/> Hirnnerven                                    |
| <input type="checkbox"/> Muskulatur                   | <input type="checkbox"/> Gelenke                                       |
| <input type="checkbox"/> Hormone                      | <input type="checkbox"/> Antibiotika- und Penicillin-Unverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> Impfbelastung                | <input type="checkbox"/> Parodontosekeime                              |
| <input type="checkbox"/> Zahnmaterialien              | <input type="checkbox"/> Störzonen                                     |
| <input type="checkbox"/> Bakterien                    | <input type="checkbox"/> Borrelien & Co-Erreger                        |
| <input type="checkbox"/> Herpes Viren & Bakterien     | <input type="checkbox"/> Parasiten                                     |
| <input type="checkbox"/> Viren                        | <input type="checkbox"/> Pilze   |
| <input type="checkbox"/> Schimmelpilze                | <input type="checkbox"/> Krankheiten durch Schimmelpilze               |
| <input type="checkbox"/> Augen                        | <input type="checkbox"/> Bindegewebe & Gelenke                         |
| <input type="checkbox"/> Blut                         | <input type="checkbox"/> Entzündungen                                  |
| <input type="checkbox"/> Frauen / Männer              | <input type="checkbox"/> Haut  |
| <input type="checkbox"/> Herz-Durchblutung            | <input type="checkbox"/> Indikationen                                  |
| <input type="checkbox"/> Leber, Galle, Milz, Pankreas | <input type="checkbox"/> Lunge & Bronchien                             |
| <input type="checkbox"/> Lymphe                       | <input type="checkbox"/> Magen-Darm                                    |
| <input type="checkbox"/> Nervensystem                 | <input type="checkbox"/> Niere & Blase                                 |
| <input type="checkbox"/> Psyche                       | <input type="checkbox"/> Toxine  |
| <input type="checkbox"/> Verschiedenes                | <input type="checkbox"/> Zusatz-Programme                              |
| <input type="checkbox"/> Monats – Angebot             |  |

Bioresonanz ist nicht wissenschaftlich anerkannt.

Mit einer kostenpflichtigen Bioresonanzauswertung bin ich einverstanden!

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

---

## **Unterschrift**