

Anamnesebogen

Dr. Bachmann, Email: dinter@drbachmann.de

| | | | |
|--|----------------|------------|--------------------|
| Name: _____ | Vorname: _____ | geb: _____ | Tätigkeit: _____ |
| Adresse: Straße _____ | | PLZ: _____ | Ort: _____ |
| Telefon(Mobil-No): _____ | | Fax: _____ | Krankenkasse _____ |
| Private Krankenkasse / Beihilfe: _____ | | | Datum: _____ |

Jetzige Beschwerden / Diagnosen/ Allergien (!):

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | | | |
|-----------|---|---|---|-------|
| Sonstiges | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Alkohol pro Tag | ..... |
| | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit | <input type="checkbox"/> Kaffee pro Tag | ..... |
| | <input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit | | <input type="checkbox"/> Zigaretten pro Tag | ..... |

Ich bitte um:

- Info-/Beratungsgespräch nach Terminvereinbarung:** Berechnung für Erstanamnese nach GOÄ (ca.150,00 €).
 - Info-/Beratung, schriftlich / telefonisch einschl. Infomaterial:** Berechnung pauschal (65,00 €).
 - Infomaterial zu den Themen:** Kneipptherapie, Kneippanwendungen, Darmsanierung, Abnehmen, Entsäuern-Entgiften-Entschlacken - Detox, Rheuma, Migräne-Kopfschmerz, Einschlaf-/Durchschlafstörungen u.v.a..
- Bearbeitungsgebühren pro PDF-Artikel: 4,50 € per Emailübermittlung, Ernährungsumstellungstabelle: 5,50 €.*

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

Dr. med. R.M. BACHMANN, Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, F.X. Mayr-Arzt Türkheim
 Email: dinter@drbachmann.de www.drbachmann.de

*Nach Beratung: Bei Attesterstellung für die Krankenkasse muss die Chipkarte vorab in einem frankierten Rückumschlag zugeschickt werden.

Für Privat- oder Beihilfeversicherte gilt die Gebührenordnung für Ärzte GOÄ in der jeweils gültigen Fassung.

Die Information ersetzt keine ärztliche Untersuchung.