



## HEILZENTRUM SCHELLER

### Anamnese – Fragebogen (\*Pflichtfelder)

Name\* \_\_\_\_\_ Geburtstag\* \_\_\_\_\_  
Vorname\* \_\_\_\_\_ Tel. privat\* \_\_\_\_\_  
Straße\* \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
PLZ – Ort\* \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen das Heilzentrum Scheller empfohlen? \_\_\_\_\_

Familienstand/Kinder \_\_\_\_\_ Tag der Blutabnahme: \_\_\_\_\_

Die radionische Testung und dunkelfeldmikroskopische Untersuchung wird grundsätzlich **nicht** von den Krankenkassen erstattet.

#### Anleitung

Um Ihre Untersuchung auch optimal an Ihre Bedürfnisse und Wünsche anzupassen und Sie besser kennenzulernen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen **vollständig** zu beantworten. Wir bitten Sie von „persönlichen Geschichten“ am Rand oder als Beiblatt abzusehen.

Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten sind eigene Worte anzugeben. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den strengen Bedingungen des Datenschutzes. **Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.**

### Welche Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass für Ihre Dunkelfelduntersuchung?

---

---

### Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, anderes:

---

### Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?

(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne, anderes: \_\_\_\_\_

### Welche Impfungen haben Sie bekommen? (Bitte zutreffendes unterstreichen)

Corona, Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, anderes: \_\_\_\_\_  
(Bei Coronaimpfung bitte Marke und Anzahl)

Wurde bei Ihnen ein Corona-Test gemacht?  Ja  Nein Wie oft? \_\_\_\_

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Ja  Nein

z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, anderes:

---

### Hatten Sie jemals einen Zeckenbiss?

Ja  Nein

### Waren Sie in den letzten sechs Monaten im Ausland?

Ja  Nein

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung (Polio), Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffer'sches Drüsenfieber, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, anderes: \_\_\_\_\_

### Gibt es Allergien?

Pollen / wann

---

Nahrungsmittel

---

## Kopf

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**  ja  nein  
häufig, selten, Stirn-Augen-Schläfen-Hinterhauptregion,  
morgens, abends  
halbseitig - links - rechts - doppelseitig

**Haare** Haarausfall, kreisrunder, vereinzelter, seit wann \_\_\_\_\_,  
anderes: \_\_\_\_\_

**Augen** Bindehautentzündung, kurzsichtig, weitsichtig, Grauer Star, Makuladegeneration,  
anderes: \_\_\_\_\_

**Ohren** links / rechts, Tinnitus seit \_\_\_\_\_ Schwerhörigkeit seit \_\_\_\_\_  
anderes: \_\_\_\_\_

**Zähne/ Kiefer** Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein  
Wurde eine Amalgamausleitung durchgeführt?  Ja  Nein  
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?  Ja  Nein

**Zahnfüllmaterialien**  Amalgam  Kunststoff  Gold  Keramik

**Nase** Operationen, Nasennebenhöhlenentzündungen, behinderte Nasenatmung, Nase  
verstopft, anderes: \_\_\_\_\_

**Mandeln** Operation, häufig Mandelentzündungen als Kind / heute,  
anderes: \_\_\_\_\_

**Schilddrüse** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation,  
anderes: \_\_\_\_\_

## Brust und Bauch

**Herz** Beschwerden, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen,  
anderes: \_\_\_\_\_

**Lunge** Bronchitis, häufig Husten, anderes: \_\_\_\_\_

**Leber** Entzündung – Hepatitis, anderes: \_\_\_\_\_

**Galle** Steine, Koliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit,  
anderes: \_\_\_\_\_

**Magen** Völlegefühl, Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelallergien,  
anderes: \_\_\_\_\_

**Darm** Infektionen, Hämorrhoiden, Blinddarm-Operation, Blähungen -  
Geruch \_\_\_\_\_, anderes: \_\_\_\_\_

**Stuhlgang** täglich, jeden 2. 3. 4. Tag, unregelmäßig, riecht nach \_\_\_\_\_

Neigung zur Verstopfung, Neigung zum Durchfall, anderes: \_\_\_\_\_

**Konsistenz:** schnittfest, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig,  
pastenartig, kann Stuhl nicht halten, Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang  
wechselhaft, anderes: \_\_\_\_\_

## Rücken – Arme – Beine - Haut

### **Arme**

Verletzungen, Schmerzen, Tennisellenbogen, Kribbeln, kalte Hände,  
anderes: \_\_\_\_\_

### **Beine**

Verletzungen, Schmerzen, Krampfadern, Operationen, Verletzungen, kalte Füße,  
Kribbeln, Taubheitsgefühl, anderes: \_\_\_\_\_

### **Rücken**

Beweglichkeit, Verspannungen, Belastungen, Rheuma, anderes: \_\_\_\_\_

### **Haut/Nägel**

Verbrennungen, Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, eingewachsene Nägel,  
Nagelbettentzündungen, anderes: \_\_\_\_\_

## Unterleib – Gynäkologie

### **Gynäkologie**

Ausfluss, Eierstockentzündungen, Ausschabungen (Anzahl: \_\_\_\_), Fehlgeburten (Anzahl:  
\_\_\_\_), Tumore, Zysten, Myome, Geschlechtskrankheiten, anderes: \_\_\_\_\_

**Menses** Wann war die erste Menses \_\_\_\_\_ wann die letzte \_\_\_\_\_

Beschwerden vor - nach - während der Regel –

welche \_\_\_\_\_

Klimakterische Beschwerden \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Verhütungsmittel?** Welche \_\_\_\_\_

**Prostata** vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen,  
anderes: \_\_\_\_\_

**Niere/Blase** Nierensteine, Entzündungen – häufig

anderes: \_\_\_\_\_

**Harn** viel, wenig, häufig, kann nicht halten, Geruch nach \_\_\_\_\_, anderes: \_\_\_\_\_

**Sexualität** vermindert, verstärkt, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr, anderes: \_\_\_\_\_

**Allgemeines**

**Mein aktuelles Körpergewicht** \_\_\_\_\_

**Meine Körpergröße** \_\_\_\_\_

**Meine Blutgruppe** \_\_\_\_\_

**Mein Blutdruck** \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?** \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** \_\_\_\_\_

**Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie viel Liter und was trinken Sie pro Tag?**  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Zuckerersatzstoffe zu sich?** \_\_\_\_\_

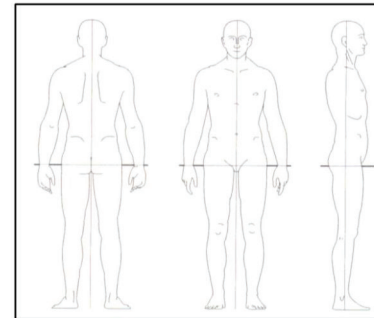
**Treiben Sie Sport? Welchen, seit wann?** \_\_\_\_\_

**Schlaf**  
Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit \_\_\_\_\_), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, anderes: \_\_\_\_\_

**Schlafzeit** übliches zu Bett gehen \_\_\_\_\_ übliches Aufstehen \_\_\_\_\_

**Schmerzfragen**

**Wo treten Schmerzen auf?** Bitte kennzeichnen



Kreuz - punktförmiger Schmerz

Linie - unklare Schmerzlokalisierung

Pfeil - ausstrahlender Schmerz

**Schmerzskala für den Hauptschmerz**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**  
schwach mittel sehr stark

**Seit wann haben Sie die Schmerzen?** \_\_\_\_\_

**Gab es ein auslösendes Ereignis? Wenn ja, welches?**  
\_\_\_\_\_

**Wie oft haben Sie die Schmerzen?**  
Immer, mehrmals am Tag, alle paar Tage, wöchentlich, seltener

**Wie ist das Schmerzempfinden?**  
Ziehend, brennend, stechend, klopfend, drückend, krabbelnd, reißend  
Kolikartig, krampfend, dumpf, beengend, bohrend, anderes: \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verschlimmern?**  
Körperliche Belastung, längeres Stehen, Sitzen, Gehen, Stress, Kälte, Wärme, Nahrungsmittel, Husten, Niesen, Wetterlage, Monatsblutung, Tageszeit \_\_\_\_\_, anderes: \_\_\_\_\_

**Welche Ereignisse verbessern?**  
Ruhe, Schlaf, Bewegung, Kälte, Wärme, Sport, Schmerzmittel, Urlaub, anderes: \_\_\_\_\_

**Andere Symptome zum Schmerz**  
Hautrötung, Blässe, Schwellung, Berührungsempfindlichkeit, Schweißbildung, Seh- oder Hörstörungen, Gangunsicherheit, Muskelschwäche, Müdigkeit, Schwindel, Bewegungseinschränkung, anderes: \_\_\_\_\_

**Schmerzbehandlung bisher, wie?**  
\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?**

Bitte Namen angeben, auch Nahrungsergänzungsmittel:

---

---

---

---

---

**Chronologie der Krankengeschichte**

Bitte erfassen Sie hier kurz alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben (wenn nicht bereits vorher erwähnt):

---

---

---

---

---

---

---

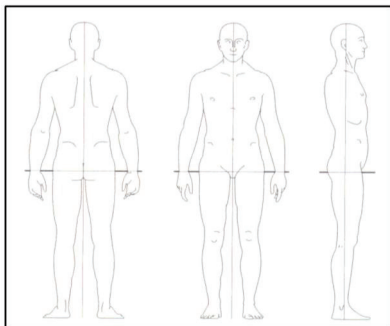
---

---

**Haben Sie durch Operationen oder Verletzungen Narben?**

- Ja
- Nein

Bitte tragen Sie Ihre Narben in der Zeichnung ein:



**Einverständniserklärung Behandlung + Infopathiezusendung**

**Ich bin vor meiner Behandlung darüber informiert worden, dass:**

1. die Behandlung zwischen mir und dem Heilpraktiker zustande kommt;
2. die Heilpraktiker-Behandlung von den Krankenkassen nicht erstattet wird;
3. ich weiß, dass meine Behandlungskosten und die mir verschriebenen Arzneimittel nicht erstattet werden.
4. Ich bin damit einverstanden, dass für eventuell auftretende Schäden, die während der Therapie auftreten könnten, keine Haftung vom Heilzentrum Scheller übernommen wird.
5. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass während der gesamten Schwangerschaft & Stillzeit keinerlei Entgiftung durchgeführt werden darf.
6. Ich bestätige alle Hinweise gelesen zu haben, sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir erbrachten Angaben.

**Die Infopathie® „Triologie Plus“**, die aufgrund der erfolgten Untersuchung Ihrer Blutprobe individuell für Sie persönlich radionisch informiert wird, kostet €122.- (zzgl. Versandkosten) und wird Ihnen – wenn Sie dies wünschen – durch das Institut für Infopathie UG (nach Scheller) zugesandt.

**Bitte nicht vorab überweisen, Sie bekommen eine Vorkasse-Rechnung!**

**Achtung: Nicht ans Heilzentrum überweisen!**

Infopathika sind Stoffe auf Salzsolebasis, die in sich beständig stabile Schwingungsmuster tragen und diese bei Bedarf an den Körper abgeben. Sie haben sich in unserer Praxis seit Jahren bewährt und stellen die Grundlage unserer Therapie dar.

**O (bitte ankreuzen)** Ja, ich bin einverstanden nach der dunkelfeldmikroskopischen Untersuchung und der radionischen Testung meine individuell informierte Infopathie® „Triologie plus“ zu erhalten.

**O (bitte ankreuzen)** Nein, danke. Ich melde mich bei Bedarf innerhalb der nächsten 2 Wochen (so lange wird Ihre Blutprobe aufbewahrt).

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Heilzentrum Scheller zur Erstellung der individuellen Infopathie, Ihre Daten an das Institut für Infopathie UG weitergeben wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten