



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.**

Laborarbeit

Unser Labor ist immer Dienstags geöffnet. Bitte senden Sie deshalb Ihr Blut immer am **Montagmorgen per Express (KEIN EINSCHREIBEN!)** los, damit es so frisch wie möglich bei uns untersucht werden kann.

Bitte unbedingt beachten: Geben Sie uns nach Abschicken des Testsets kurz Bescheid (info@heilzentrum-scheller.com, +49 7732 890 325 7). So helfen Sie uns sehr bei unserer Planung. Vielen Dank!

Wichtig für den Versand aus dem Ausland: Bitte geben Sie den Wert 0,- bei der Verzollung an (Geschenk!) und schreiben Sie nicht, dass es sich um Blut handelt („2 Objektträger in Versandgefäß“ reicht).

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-Schlafen-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? _____

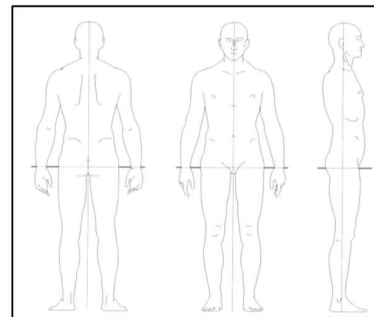
Schlaf

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit _____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiße, 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

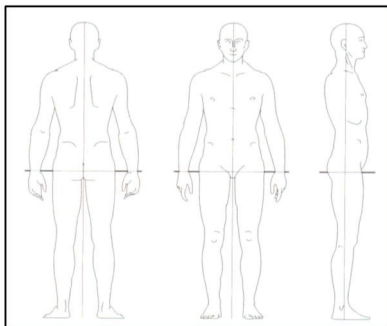
Bitte erfassen Sie hier kurz alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben (wenn nicht bereits vorher erwähnt):

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, wird Ihnen – wenn Sie dies wünschen – durch das Institut für Infopathie UG (nach Scheller) zugesandt.

Infopathika sind Informationsrezepturen - Wahlweise auf den Trägermedien Salzsole oder kolloidales Silizium, 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.

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

Achtung: Nicht ans Heilzentrum überweisen!

Bitte ankreuzen (nur 1 Punkt):

☐ Infopathie® „Triologie plus“ 100ml auf kolloidaler Siliziumbasis (244,- Euro zzgl. Versand, ausreichend für ca. 5 Monate)

☐ Nein, danke. Ich melde mich bei Bedarf.

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