

# Institut für Geopathologie und Naturheilkunde

bitte einsenden an:

**Institut für Geopathologie und Naturheilkunde**  
**HP Edith Weinbrenner u. Peter Wegehingel** (vorm. W. und U. Daun)  
**Hellweg 5**  
**34 292 Ahnatal**

**Bankverbindung:**  
Kontonummer: 227 001 565  
bei der Kasseler Sparkasse  
BLZ 520 503 53

Tel.: 05609-9621 Fax: -6578

**Erstuntersuchung**

**Kontrolluntersuchung**

**Befundkopie an Geopathologen ?**

Name d. Geop. **Dipl.-Ing. Alexander Buchheit, 468**

Bitte führen Sie an der/den beiliegenden Probe(n) (Haare **oder** Blut **oder** Urin) folgende Teste durch:

- |   |   |                |
|---|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Einfacher Geotest</b> | <i>Bei Wiederholungstestung empfohlen</i> | <b>€ 35,--</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Großer Geotest</b>    | <i>Für den ersten Test empfohlen</i>      | <b>€ 50,--</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Zusatztest</b>        | <i>Radioaktive Belastung</i>              | <b>€ 20,--</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Zusatztest STS</b>    | <i>Schwermetallbelastung</i>              | <b>€ 25,--</b> |

Bitte überweisen Sie den entsprechenden Betrag nach Erhalt des Befundes/Rechnung

## **Einfacher Geotest gibt Ihnen Auskunft ob:**

- Sie geopathisch belastet sind und wie hoch diese Belastung ist. Damit kontrollieren Sie, ob Ihr Schlaf- oder Arbeitsplatz einem Störfeld ausgesetzt ist.
- Eine vorausgegangene Schlafplatzsanierung durch Bettplatzverlegung oder Erdstrahlenschutzmatte gelungen ist. Zusätzlich erfahren Sie die Ursache der Belastung (Wasserader, Doppelzone des Globalgitternetzes, Verwerfung, Radon, technische Störfelder)

und Sie erhalten falls erforderlich:

- einen Behandlungsvorschlag zur Ausleitung der geopathischen Belastung (ohne Ausleitung wird die geopathische Belastung nicht oder nur sehr langsam abgebaut)
- ein persönliches Rezept für die an der Probe auf Wirksamkeit und Verträglichkeit ausgetesteten Medikamente,
- zusätzlich erfahren Sie, wie hoch Ihre augenblickliche VITA = Lebenskraft ist, um Hinweise auf eventuell nicht erkannte Erkrankungen zu bekommen.
- Bei Verdacht auf Mykosen die erforderlichen Unterlagen und Probenbehälter zur Abklärung im Labor Drss. Hauss.

**Großer Geotest** gibt Ihnen zusätzlich die Belastungsverteilung am Körper an. Damit erhalten Sie wichtige Hinweise über den Verlauf der Störzone(n) und damit über die notwendigen Sanierungsmaßnahmen und Behandlung.

**Zusatztest: Radioaktive Belastung** durch Cäsium, Kobalt, Radium, Strontium

**Zusatztest STS: Schwermetallbelastung, nur Anhand einer Urinprobe:** Zink, Blei, Kupfer, Cadmium, Quecksilber, Nickel, Mangan, Kobalt

Diese Zusatzteste helfen zur weiteren Differenzierung der Ursache(n) Ihrer Beschwerden und der notwendigen Behandlung. Damit werden auch die wichtigsten Metalle bei der Amalgambelastung ermittelt.

## **Wichtige Hinweise für die Einsendung von Proben:**

**Urinprobe:** Den Urin bitte in einem bruch- und auslaufsicheren Behälter einsenden, der mit einem Schraubverschluss versehen ist. Eine solche Urobox ist in jeder Apotheke für ca. € 1.- erhältlich.

**Haarprobe:** Das Haar, ca. ein Teelöffel, sollte aus der Nackenpartie dicht am Kopf stammen. Die Haare bitte mit Tesafilm auf einem Stück Papier befestigen.

**Blutprobe:** Es genügen 4-5 Tropfen Blut. Das Blut bitte auf Fließpapier oder ein Papiertaschentuch geben. Lassen Sie die Blutprobe von med. ausgebildeten Personen abnehmen.

Bitte wählen Sie eine der o. g. Möglichkeiten und kennzeichnen Sie bitte jede Probe mit Name und Geburtsdatum.

# Institut für Geopathologie und Naturheilkunde

Das Ausfüllen diese Seite ist wichtig für die Befunderstellung und  
Therapieempfehlungen:

<i>Name:</i>	<i>Vorname:</i>
<i>Straße:</i>	<i>PLZ/Ort:</i>
<i>Telefon:</i>	<i>Fax:</i>
<i>Mobil:</i>	<i>Email:</i>
<i>geb. am:</i>	
<i>Männlich:</i>	<i>Weiblich:</i>

<i>Sanierung des Schlafplatzes bereits erfolgt ?</i>	<i>Könnten Sie schwanger sein ?</i>
--	-------------------------------------

<i>Allergien bekannt ?</i>	<b>Bitte Zutreffendes ankreuzen</b>
----------------------------	-------------------------------------

*Wenn ja, welche ?*

*Jetzige Beschwerden:*

*Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen ?*

*Bisherige Therapien:*

*Ort/Datum:* \_\_\_\_\_ *Unterschrift:* \_\_\_\_\_