

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Fragebogen

Vorname: _____ Name: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Geburtstag: _____

Beruf: _____

WICHTIG!

Lieber Klient,

bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen so genau wie möglich (*handschriftlich, oder per Computer*) aus und lassen Sie mir das Ganze bis spätestens 2 Tage vor Ihrem ersten Termin als Foto, Textantwort, oder als PDF-Datei im Anhang einer E-Mail zukommen.

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie Ihren vereinbarten Termin nicht einhalten können, benötige ich bitte mindestens 24 Stunden zuvor eine telefonische Absage. Beim Versäumnis eines Termins ohne telefonische Absage, muss ich Ihnen die für Sie reservierte Zeit voll in Rechnung stellen.

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Unter welchen Beschwerden leiden Sie (*physisch & emotional*)?

(Bitte nennen Sie 3 Hauptbeschwerden)

1. _____

2. _____

3. _____

Gab es kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer aktuellen Beschwerden evtl. Auslöser?

(z.B. Unfall, Erkrankung, Kummer, Trauer, Stress, Ärger, Operationen, Medikamente)

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Gibt es in Ihrem Familiensystem Krankheiten, welche sich wiederholen?

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Influenzae (HIB) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Pocken |
| <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Zecken | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 | <input type="checkbox"/> Weitere |

Welche Kinderkrankheiten/Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

- | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffer'sches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Weitere | | |

Mandeln

- noch vorhanden OP als Kind häufig entzündet

Schilddrüse

- Beschwerden OP

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Welche Allergien/Unverträglichkeiten haben Sie?

Narben

Wo haben Sie Narben?

Wann und wodurch sind diese entstanden?

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Welche Elektrogeräte befinden sich regelmäßig in Ihrer nahen Umgebung?

Wohnbereich

Arbeitsbereich

Schlafbereich

Haben Sie beruflich oder privat Kontakt/Belastungen durch Chemikalien, Lösungsmittel, Schwermetalle?
