

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Analyse-Fragebogen für Erwachsene

Vorname : _____ Name: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Geburtstag: _____

E-Mail: _____

WICHTIG!

Liebe Klienten,

meine Behandlungsform ist eine ganzheitlich energetische Methode, welche die körperliche und emotionale Ebene gleichermaßen anspricht.

Bitte informiere dich vor unserem Ersttermin auf meiner Webseite über meine energetische Arbeit. Es ist mir wichtig, dass Du dich damit wohlfühlst und bewusst entscheidest, ob dieser Weg für dich stimmig ist.

Bitte beachte: Wenn Du deinen vereinbarten Termin nicht einhalten kannst, benötige ich bitte mindestens 24 Stunden zuvor deine telefonische Absage. Beim einem Versäumnis ohne Absage, muss ich Dir die für dich reservierte Zeit in voller Höhe in Rechnung stellen.

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



1. Aktuelle Beschwerden

Welche physischen oder emotionalen Beschwerden hast/empfindest Du aktuell?
(Bitte nenne bis zu 3 deiner Hauptbeschwerden)

1. _____

2. _____

3. _____

Gab es vor Auftreten der Beschwerden ein auslösendes Ereignis?

(z.B. Ärger, Streit, Kummer, Trauer, Stress, Unfall, Erkrankung/OP, Impfung, Medikamente)

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



2. Emotionales Wohlbefinden

Hast Du mit Ängsten, Stress, Panikattacken, Depression und/oder mit emotionalen Blockaden zu kämpfen? Ja Nein

In welchen Situationen treten diese auf?

Bist/warst Du wegen deiner aktuellen Beschwerden bereits in therapeutischer und/oder ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wann und welche Methoden wurden angewendet, bzw. welche Ansätze verfolgt?

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



3. Allgemeine Gesundheit und Verfassung

Hast Du chronische Erkrankungen oder langanhaltende Beschwerden? Ja Nein

Welche: _____

Hast Du Allergien und/oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Welche: _____

Gibt es in deiner Familie wiederkehrende Krankheiten?

4. Impfungen und Krankheitsgeschichte

Welche Impfungen hast erhalten? *(Bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Polio |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps & Röteln | <input type="checkbox"/> Grippe (Influenza) | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> Hepatitis A+B | <input type="checkbox"/> FSME |
| <input type="checkbox"/> Cholera & Typhus | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Varizellen | <input type="checkbox"/> Leptospirose |
| <input type="checkbox"/> HPV | <input type="checkbox"/> Covid-19 | <input type="checkbox"/> Weitere: _____ | |

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



Welche Kinderkrankheiten/Infektionskrankheiten hast, oder hattest Du? *(Bitte ankreuzen)*

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <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"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> 3-Tage Fieber |
| <input type="checkbox"/> HFMD | <input type="checkbox"/> Rotavirus | <input type="checkbox"/> RSV | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> HIV/Aids | <input type="checkbox"/> Malaria |
| <input type="checkbox"/> Tollwut | <input type="checkbox"/> Leptospirose | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Covid-19 |
| <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Infektion | | |

Mandeln: noch vorhanden OP häufig entzündet

Hast Du Narben? Ja Nein

Wo: _____

Wann und wodurch sind diese entstanden?

Schilddrüse: Beschwerden OP Hashimoto

Beschreibung der Beschwerden:

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



5. Systemische Zusammenhänge

Gibts es familiäre Konflikte, oder belastende Dynamiken in deinem Familiensystem, die dich belasten?

Wie ist das Verhältnis zu deinen Eltern, Geschwistern und anderen Familienmitgliedern?

Gibt es Probleme/Konflikte in deinem sozialen Umfeld?
(z. B. Beruf/Job, Freundschaften, Nachbarschaft, Verein)

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



6. Elektromog

Welche Elektrogeräte befinden sich in deinem:

Wohnbereich: _____

Schlafbereich: _____

Arbeitsbereich: _____

Benutzt Du privat und/oder beruflich ein(e/en):

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mobiltelefon | <input type="checkbox"/> WLAN-Router & Repeater | <input type="checkbox"/> TV & Monitor |
| <input type="checkbox"/> Smart Geräte | <input type="checkbox"/> Wasserbett/Heizdecke | <input type="checkbox"/> Radiowecker |
| <input type="checkbox"/> Laptop/Tablet/Computer | <input type="checkbox"/> E-/Hybrid-Fahrzeug | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Wie lange circa sind im Durchschnitt deine täglichen Bildschirmzeiten?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> bis zu 3 Std. | <input type="checkbox"/> bis zu 5 Std. | <input type="checkbox"/> mehr als 5 Std. |
|--|--|--|

Ist dein WLAN nachts eingeschaltet, oder ausgeschaltet?

Ist dein Mobiltelefon nachts eingeschaltet, oder ausgeschaltet und im Flugmodus?

Wo befindet sich dein Mobiltelefon während der Nacht?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> in einer Schutzhülle | <input type="checkbox"/> im Schlafraum | <input type="checkbox"/> in der Wohnung |
|---|--|---|

Wenn die Seele nach Hilfe ruft.



7. Stressbewältigung und persönlicher Ausgleich

Wie sorgst Du in deinem Alltag für Ausgleich zu Stress, Belastungen und/oder Sorgen?

8. Belastungen durch Schadstoffe

Hast Du beruflich und/oder privat Kontakt mit Chemikalien, Lösungsmitteln, Schwermetallen, oder Schimmel die dich belasten könnten?

9. Sonstiges

Gibt es weitere Informationen, die für den Therapieprozess wichtig sein könnten?
