



Vorabinformation / Ihre Angaben

1. Was ist Ihr Anliegen an mich?

Mit welchen Problemen, Schmerzen, akuten oder chronischen Krankheiten wenden Sie sich heute an mich? Sollten es mehrere sein, so bitte ich Sie eine Priorität zu nennen [1, 2, ...]

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Ihre Therapeuten

Bei welchem Arzt/Ärzte sind Sie derzeit in Behandlung? Wegen was?

_____	_____
_____	_____

Bei welchem alternativen | Naturheilkundlichen Therapeut[en] sind Sie zur Zeit in Behandlung? Wegen was?

_____	_____
_____	_____



3. Ihre bisherigen Krankheiten

Welche angeborenen oder erworbenen chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten|Geschehnisse haben|hatten Sie? Bitte notieren Sie dies in möglichst chronologische Reihenfolge! [gerne auf einem extra Blatt erweitern]

Allergien | Unverträglichkeiten

4. Ihre Impfungen

Welche Impfungen haben Sie die letzten 10 Jahre erhalten? Ist eine oder mehr Impfung[en] in zeitliche Verbindung mit Beschwerden zu bringen?

5. MobilfunkMasten | StrahlenQuellen

Leben oder Arbeiten Sie an Orten, an denen Mobilfunkmasten in der Nähe [1 km oder näher] sind? Anzahl | Distanz [ca.] | welches „G-Technik“?



6. Ihre Medikamente

Welche Medikamente | Heilmittel | Nahrungszusätze nehmen Sie immer?

Welche Medikamente | Heilmittel | Nahrungszusätze nehmen Sie zeitweise?

Welche Medikamente | Heilmittel | Nahrungszusätze nehmen Sie akut?



7. Was erhoffen Sie sich von meiner Behandlung?

Welche Erwartungen und Hoffnungen haben Sie aufgrund des Kontaktes zu mir?
Sollten es mehrere sein, so bitte ich Sie eine Priorität zu nennen [1, 2, ...]

Bitte nehmen sie die Herausforderung an, POSITIVE Formulierungen, Träume, Ziele mit zu formulieren.

8. Sonstiges

Möchten Sie mir zusätzlich noch etwas mitteilen?

--