

_____ Vorname*	_____ Nachname*	_____ Geburtsname
_____ Geburtsort*	_____ Geburtsdatum*	_____ Geburtszeit Falls bekannt Geburtszeit eintragen z.B. 15:30 Uhr entspricht 15 Std. 30 min Geburtszeit.
_____ Körpergröße in cm	_____ Gewicht in kg	_____ Geschlecht* <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
_____ Straße / Haus-Nr.*	_____ PLZ / Ort*	_____ Land
_____ Telefon*	_____ Mobil	_____ E-Mail*
Ich bin Schwanger* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich habe einen Herzschrittmacher* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutgruppe <input type="checkbox"/> Nicht bekannt <input type="checkbox"/> A positiv <input type="checkbox"/> A negativ <input type="checkbox"/> B positiv <input type="checkbox"/> B negativ <input type="checkbox"/> 0 positiv <input type="checkbox"/> 0 negativ <input type="checkbox"/> AB positiv <input type="checkbox"/> AB negativ		

Fragen zu Symptomen, Krankheiten und Lebensgewohnheiten.

Alle Antworten werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Ich gebe die Antworten so genau wie möglich. Falls eine Frage auf mich nicht zutrifft, lasse ich das Feld leer.

1. Diese Symptome möchte ich beseitigen

2. Von diesen Krankheiten möchte ich mich befreien

3. Diese Organe wurden mir entfernt

4. Im Moment nehme ich diese Medikamente ein

5. Im Moment nehme ich diese Hormone ein

6. Im Moment nehme ich diese Drogen ein

7. Ich habe diese mir bekannten Allergien

8. Ich hatte diese schweren Verletzungen und Operationen (z.B. Knochenbrüche, Blinddarm-OP)

9. Ich hatte diese schweren Infektionen (z.B. Lungenentzündung)

10. Ich nehme ca. so viele zuckerhaltige Nahrungsmittel zu mir
(z.B. Süßigkeiten, Schokolade, Cola, Fanta, Kuchen, Nutella, Müsli) in Stück/Tag

11. Ich trinke ca. so viele alkoholische Getränke am Tag (z.B. Bier, Wein, Schnaps) in Stück

12. Ich trinke ca. so viele koffeinhaltige Getränke am Tag (z.B. Kaffee, Tee, RedBull) in Stück

13. Ich trinke ca. so viele Gläser Wasser und ungesüßten Fruchtsaft/Tee am Tag
(0,3 l pro Glas) in Stück

14. Ich habe bzw. hatte in den letzten Jahren ca. so viele
Amalgam- oder metallische Zahnfüllungen in Stück

15. Ich rauche am Tag ca. so viele Zigaretten, Zigarren etc. in Stück

16. Ich sehe meinen persönlichen Stress-Level auf einer Skala von 1-10 bei
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
stressfrei total gestresst

Ich möchte noch folgendes los werden bzw. anmerken

Haftungsausschluss:

Sandra Salzsieder gibt weder medizinische Weisungen noch Versprechen oder Garantien ab. Sie stellt weder Diagnosen noch behandelt sie spezifische Gesundheitsfragen oder Probleme. Der Klient ist allein dafür verantwortlich, sich um seine eigene medizinische Behandlung zu kümmern.

Datum, Ort

Unterschrift