



Alles im Gleichgewicht

Tanja McKennitt

Angaben zu Lebensumständen sowie körperlichem Befinden



Ihre Angaben werden nicht elektronisch gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben. Sie ermöglichen damit einen Überblick und erleichtern eine Evaluierung von Ausschlussgründen bestimmter Methoden bzw. die Erstellung eines Anwendungsplans. Die Löschung Ihrer Angaben erfolgt jederzeit auf Auftrag (z.B. per E-Mail an tanja@alles-im-gleichgewicht.at) oder andernfalls unaufgefordert am 1.1. des auf die letzte Inanspruchnahme einer Leistung von Alles im Gleichgewicht e.U. folgenden 4. Jahres.

Beispiel: Datum der letzten Inanspruchnahme einer Leistung von Alles im Gleichgewicht e.U.: 25.5.2018, Löschung Ihrer Angaben am 1.1.2022

- allein lebend (single, ledig, geschieden, verwitwet, ...)
- in einem Verband lebend (bei den Eltern, Wohngemeinschaft, Kinder im Haus...)
- Partnerschaft, jedoch getrennt lebend
- Partnerschaft, gemeinsamer Haushalt (verheiratet, Lebensgem., eing. Partnerschaft, ...)

Beruf:

Kinder (bitte Geschlecht und Geburtsjahr angeben)

- | | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-------|-------------------------------|----------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | _____ | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | _____ | <input type="checkbox"/> Sohn | <input type="checkbox"/> Tochter | _____ |

Leiden Sie aktuell oder litten Sie an einer schweren Krankheit? Nein
(z.B. Krebs, AIDS, Multiple Sklerose, Hepatitis, Osteoporose, Rheuma etc.)

Besteht zur Zeit eine akute Infektion, ansteckende Krankheit, Entzündung oder Fieber? Nein

Leiden Sie an Allergien? Nein

Mussten Sie sich Operationen unterziehen? (wenn ja: welche und wann?) Nein

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------------|-------------------------------|

Ihr Blutdruck ist (eher) niedrig (eher) hoch normal

Ihre Gesichtshaut ist (eher) trocken (eher) fett normal

Ihre Haut generell ist (eher) trocken (eher) fett normal

Leiden Sie an einer Hautkrankheit? Nein
(z. B. Gürtelrose, Schuppenflechte, Fieberblasen etc.)

| | |
|-------------|-------------|
| <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> |
|-------------|-------------|

Leiden oder litten Sie an Problemen mit Wirbelsäule, Bandscheiben, Gelenken? Wie werden oder wurden diese behandelt? Nein

Leiden Sie unter Krampfadern Venenentzündung Hämorrhoiden?

Leiden Sie unter Erkrankungen des Verdauungstraktes? Nein

Neigen Sie zu Blähungen Verstopfung Durchfall?

Leiden Sie unter Blasenentzündungen Nierenentzündungen oder anderen Erkrankungen des Harnapparates? Nein

Leiden Sie unter Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen?) Nein

Leiden Sie unter Erkrankungen der Atemwege? Nein

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen oder Beschwerden, die hier noch nicht angeführt wurden? Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein

| | |
|-------------|-------------|
| <hr/> <hr/> | <hr/> <hr/> |
|-------------|-------------|

Sind Sie derzeit in homöopathischer Behandlung? Nein

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten? Nein

Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich? _____

Konsumieren Sie regelmäßig

- Alkohol _____
 Zigaretten _____
 andere Suchtmittel _____

Wie würden Sie Ihren Schlaf beschreiben?

Frauensache

Sind Sie schwanger? In der wievielten Woche? _____ Nein

Stillen Sie? Nein

Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel? Nein

Ihr Zyklus ist regelmäßig unregelmäßig schmerzhaft?

Befinden Sie sich bereits in der Menopause? Seit wann? _____ Nein

Leiden Sie häufiger unter Vaginalpilzen? Nein

Leiden oder litten Sie unter Endometriose und/oder HP-Viren?

Wie wird/wurde(n) diese Erkrankung(en) behandelt? _____

Gibt es darüber hinaus frauenspezifische einschneidende Ereignisse, welche hier noch nicht angeführt wurden? Nein

Ich fühle mich **meistens** eher: (optional)

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> aktiv, wach | <input type="checkbox"/> hilflos | <input type="checkbox"/> schwer |
| <input type="checkbox"/> zufrieden | <input type="checkbox"/> gelassen | <input type="checkbox"/> konzentriert |
| <input type="checkbox"/> erschöpft | <input type="checkbox"/> trotzig | <input type="checkbox"/> intolerant |
| <input type="checkbox"/> verspielt | <input type="checkbox"/> müde | <input type="checkbox"/> gesund |
| <input type="checkbox"/> krank | <input type="checkbox"/> schön | <input type="checkbox"/> neidisch |
| <input type="checkbox"/> verspannt | <input type="checkbox"/> traurig | <input type="checkbox"/> herzlich |
| <input type="checkbox"/> geschätzt | <input type="checkbox"/> sicher | <input type="checkbox"/> unentschlossen |
| <input type="checkbox"/> ausgeliefert | <input type="checkbox"/> enttäuscht | <input type="checkbox"/> ausgeglichen |
| <input type="checkbox"/> entschlossen | <input type="checkbox"/> ruhelos | <input type="checkbox"/> leicht |
| <input type="checkbox"/> ungeduldig | <input type="checkbox"/> isoliert | <input type="checkbox"/> langsam |
| <input type="checkbox"/> schüchtern | <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> akzeptiert |
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> leidenschaftlich |
| <input type="checkbox"/> mutig | <input type="checkbox"/> melancholisch | <input type="checkbox"/> vertrauensvoll |
| <input type="checkbox"/> fit | <input type="checkbox"/> zweifelnd | <input type="checkbox"/> selbstbewusst |

Ich habe alle Fragen offen und nach bestem Wissen beantwortet, um bei der heutigen energetischen Hilfestellung das für mich beste Ergebnis zu ermöglichen.

Ich stimme der nicht elektronischen Aufbewahrung dieses Gesundheitsfragebogens gemäß der mir ausgehändigten Datenschutzerklärung von Alles im Gleichgewicht e.U. zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift