



Heilzentrum Lichtblick
 Aschenhofstraße 9a, 98554 Benshausen
 Tel. 036843-71110
 Mail: heilzentrum-lichtblick@t-online.de
www.Heilzentrum-Lichtblick.de

Fragebogen

Hinweis: Der Fragebogen dient ausschließlich der Erfassung Ihrer derzeitigen Gesamtsituation um einen genauen Fokus auf die Erstellung der TimeWaver-Analyse für die Ursachen- und Zieloptimierung legen zu können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Datum:

Vorname, Name	Geburtsdatum
Adresse	Firmenadresse
Mail	Telefon
Mailadresse	
Was ist der Grund für eine Beratung/TimeWaver-Analyse und Optimierung? (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, seelische Probleme, Probleme im Beruf, in der Partnerschaft, Wohn-Situation o.ä.)	
Was wünschen Sie sich? Was sind Ihre Ziele?	

Gesundheitliche Probleme aktuell (Symptome, Schmerzen, akute Erkrankungen)

Gesundheitliche Probleme früher (Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen)

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein?

Ernährungsgewohnheiten/ Abhängigkeiten

Was/Wieviel trinken Sie am Tag?

Essen Sie regelmäßig und oft basisch?

Gibt es Abhängigkeiten (Kaffee, Zigaretten, Süßigkeiten....)

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten/Allergien?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, was?

Bewegen

Bewegen Sie sich regelmäßig an der frischen Luft?

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Beruf

Haben Sie eine überwiegend sitzende Tätigkeit?

Üben Sie eine eher körperliche Tätigkeit aus?

Wie lange arbeiten Sie durchschnittlich täglich?

Fühlen Sie sich in Ihrer Tätigkeit/Beruf wohl?

Gibt es Belastungen am Arbeitsplatz (physisch, psychisch, toxisch)?

Wie ist das Arbeitsklima insgesamt?

Familie

Haben Sie einen Lebenspartner/Partnerin?

Würden Sie selbst die Beziehung als glücklich bezeichnen?

Haben Sie Kinder?

Gibt es Belastungen durch die Familie? (Pflegefälle, Disharmonien, Streitereien in Partnerschaft, Generationen, Verwandtschaft)

Nehmen Sie sich Zeit für Ihre Freizeitgestaltung und Hobbys?

oft regelmäßig selten fast nie

Wer lebt mit im Haushalt (auch Tiere)?

Psyche

Grübeln Sie viel?

Haben Sie Ängste?

Fühlen Sie sich oft überlastet?

Machen Sie sich viele Sorgen/Gedanken?

Haben Sie Stimmungsschwankungen?

Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?

Können Sie gut entspannen?

Fühlen Sie sich oft/manchmal müde, schlapp, niedergeschlagen?

Wohnen

Seit wann wohnen Sie in diesem Haus/Wohnung?

Gibt es in der Nähe:

Starkstrommasten/Leitungen Funk-Sendemasten/Anlagen Windräder

Was wissen Sie über Vorbesitzer, gab es z.B. viel Streit, Sterbefälle, evtl. Suizide, Insolvenzen o.ä.?

Wie ist das Verhältnis zu den Nachbarn?

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?

Wie schlafen Sie? Fühlen Sie sich morgens ausgeruht?

Schlafen Sie auswärts besser als zu Hause?

Bitte spontan bewerten von 1 (nicht zutreffend) bis 10 (voll zutreffend)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lebensziel (ich habe feste Ziele, die ich in meinem Leben erreichen möchte)										
Partnerschaft (ich habe eine bereichernde Partnerschaft)										
Verhältnis zu Eltern auch wenn verstorben (ich achte meine Eltern und habe eine gute Verbindung zu ihnen)										
Verhältnis zu Geschwistern auch wenn verstorben (ich verstehe mich gut mit meinen Geschwistern)										
Verhältnis zu Kindern auch wenn verstorben (ich verstehe mich gut mit meinen Kindern, sie achten und schätzen mich)										
Verhältnis zu Freunden (ich habe genug gute Freunde und habe auch genügend Zeit für sie)										
Finanzen (ich bin voll und ganz zufrieden mit meiner finanziellen Situation)										
Karriere-Befriedigung (mein Beruf macht mir Spaß und gibt/gab mir Anerkennung)										
Karriere-Status (mein berufliches Vorankommen ist/war optimal)										
Freizeit (ich habe genügend Freizeit für meine Hobbys)										
Wohnung (ich fühle mich wohl und geborgen in meiner Wohnung)										
Schlafqualität (ich schlafe ausreichend, tief und fest und wache morgens ausgeruht auf)										
Ernährung (ich ernähre mich gesund und achte auf meinen Vitamin- und Mineralienhaushalt)										

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.