



Fragebogen zur Erstanalyse für TimeWaver

Persönliche Angaben:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich divers

Adresse

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Geburtsort:

Beruf:

Kurzbeschreibung der Thematik

Gesundheitsstatus

Haben Sie aktuell gesundheitliche Beschwerden oder Erkrankungen?

Ja, folgende:

Nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

Ja, folgende:

Nein

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

Ja, folgende:

Nein

Haben Sie bereits alternative Heilmethoden oder Technologien ausprobiert?

Ja, folgende:

Nein

Liegen in Ihrer Familie bekannte Erbkrankheiten vor?

Ja, folgende:

Nein

Lebensstil und Wohlbefinden

Wie würden Sie Ihre allgemeine Lebensqualität auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten? (1 = Sehr schlecht, 10 = Sehr gut)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erleben Sie regelmäßig Stress?

Ja, in folgenden Bereichen:

Nein

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

Sehr gut Gut Ausreichend Schlecht Sehr schlecht

Welche Probleme haben Sie, falls vorhanden?

Bewegen Sie sich regelmäßig?

Ja, nämlich pro Woche:

Nein

Welche Art von Bewegung üben Sie aus?

Wie würden Sie Ihre Ernährung einschätzen?

Sehr ausgewogen Ausgewogen Weniger ausgewogen Ungesund

Ziele und Wünsche

Was sind Ihre aktuellen gesundheitlichen oder persönlichen Ziele?

Haben Sie besondere Wünsche oder Erwartungen an die Anwendung von TimeWaver?

Gibt es etwas, das Sie in Bezug auf Ihre Gesundheit, Ihr Wohlbefinden oder Persönlichkeitsentwicklung unbedingt verbessern möchten?

Weitere Informationen

Gibt es noch weitere wichtige Informationen, die Sie mitteilen möchten?