

Alles ist Schwingung. Und ohne Schwingung ist alles nichts.

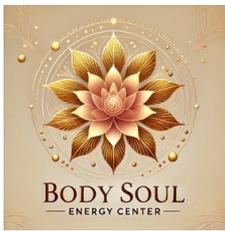


Quantenphysik und die TimeWaver-Technology können die natürliche Balance wieder herstellen und zur Gesundheit bzw. Gesunderhaltung massgeblich beitragen.
Für Mensch, Tier, Unternehmen und Umwelt.

**- Analyse / PERSÖNLICH -
Großer Fragebogen**

Time**WAVER**

Sabine Stein EOOD, Ul. 22, No 4a, 9006 Varna, Bulgaria, +49 171 808 60 66, +359 886 508 138
info@bodysoulenergy.business, www.bodysoulenergy.business



Meine Kontaktdaten für die Beratung mit dem TimeWaver

Vorname, Name	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Internet	<input type="text"/>

Ich möchte die Beratung

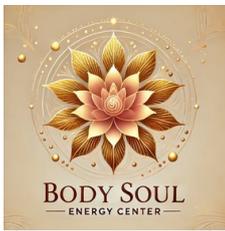
per Telefon per Zoom

Das Beratungsangebot

Als Experten für ganzheitliche Gesundheit und nachhaltigen persönlichen Erfolg nutzen wir die Prinzipien der Naturgesetze sowie Erkenntnisse aus über 100 Jahren Quantenphysik. Dieses Wissen und seine gezielte Anwendung kann Sie dabei nachhaltig unterstützen, auf verschiedenen Ebenen spürbar, gesund und nachweislich zu wachsen.

Der Ablauf

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Sie senden mir im Vorwege bitte das Formular „Kontaktdaten“ ausgefüllt zurück. In dem Vorgespräch schildern Sie mir Ihre Situation und stellen Ihre Fragen. Wenn Sie sich für eine Basis-Analyse (69,- €) entscheiden, benötigen wir von Ihnen ein Foto, bzw. von Ihrem Tier oder Wohnung/Haus/Gebäude.2. Für die Besprechung des Analyseergebnisses vereinbaren wir einen Besprechungstermin (gerne per Zoom).3. Anschließend erhalten Sie von uns einen individuellen Kosten- und Therapieplan. | <ol style="list-style-type: none">4. Entscheiden Sie sich für eine Zusammenarbeit, erhalten Sie vorab einen umfangreichen Fragebogen, der als Grundlage für unsere gemeinsame Arbeit dient.5. Ihre Daten werden in unser System eingepflegt und von mir analysiert. Bei Bedarf ziehe ich weitere Fachleute hinzu, um eine ganzheitliche Betreuung sicherzustellen.6. Wir arbeiten nach dem Kosten- und Therapieplan mit regelmäßigem Feedback Ihrer Fortschritte. |
|--|---|



Fragebogen

Was hat bei Ihnen den Wunsch nach einer Beratung ausgelöst?

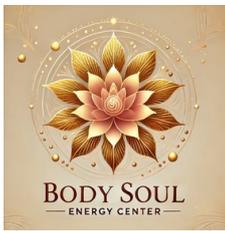
Wann ist die Beratung für Sie erfolgreich, was soll erreicht werden?

Gesundheits-Check-In

Beschreiben Sie aktuelle gesundheitliche Probleme, Schmerzen, Krankheiten.

Listen Sie durchlebte Krankheiten, Operationen, Unfälle auf (mit Zeitangabe)

Listen Sie Medikament auf, die sie aktuell nehmen (Name, zu welchem Zweck)



Fragebogen

Ernährungsgewohnheiten und Abhängigkeiten

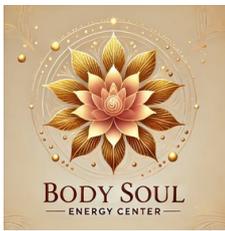
Was / Wie viel trinken Sie am Tag?

Essen Sie regelmäßig und oft basisch?

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

Gibt es Nahrungsmittelallergien / Unverträglichkeiten?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?



Fragebogen

Bewegung

Bewegen Sie sich regelmäßig an der frischen Luft?

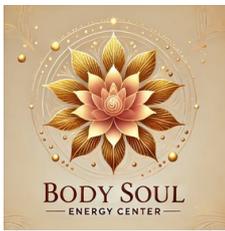
Treiben Sie regelmäßig Sport?

Psyche

Grübeln Sie viel?

Haben Sie Ängste?

Fühlen Sie sich oft überlastet?



Fragebogen

Psyche

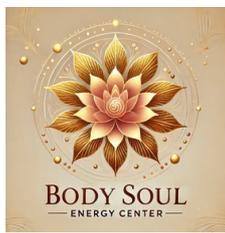
Machen Sie sich oft Sorgen / Gedanken?

Haben Sie Stimmungsschwankungen?

Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?

Können Sie gut entspannen?

Fühlen Sie sich manchmal niedergeschlagen?



Fragebogen

Beruf

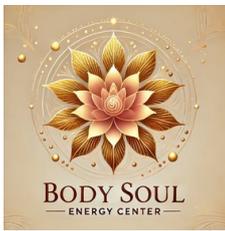
Haben Sie eine überwiegend sitzende oder körperliche Tätigkeit?

Wie viel Stunden täglich / wöchentlich arbeiten Sie im Durchschnitt?

Fühlen Sie in Ihrer Tätigkeit wohl?

Gibt es Belastungen am Arbeitsplatz?

Wie ist das Arbeitsklima?



Fragebogen

Familie

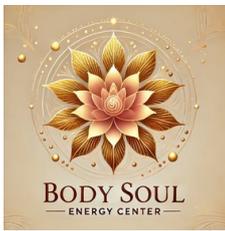
Haben Sie einen Lebenspartner? Würden Sie die Beziehung als glücklich bezeichnen?

Haben Sie Kinder? Beschreiben Sie sie mit Blick auf Wesen und Verhaltensmustern.

Gibt es besondere Belastungen durch die Familie?

Nehmen Sie sich regelmäßig Zeit für Freizeitgestaltung und Hobbys? Was, wie oft?

Wer wohnt mit im Haushalt (auch Tiere)?



Fragebogen

Wohnen

Haben Sie sich schon mal beraten lassen (eSmog, Feng Shui, Erdstrahlen, Baubiologie)?

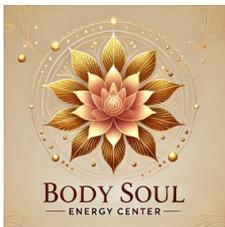
Seit wann wohnen Sie in diesem Haus?

Wissen Sie etwas über etwaige Vorbesitzer?

Wie ist das Verhältnis zu Nachbarn?

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden bzw. planen Sie einen Umzug?

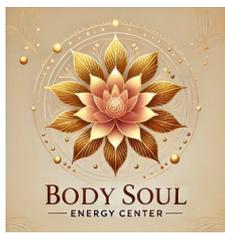
Wie schlafen Sie. – Fühlen Sie sich morgens ausgeruht? Schlafen Sie auswärts besser?



Fragebogen

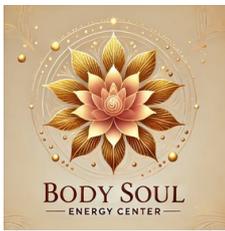
Persönliche Situation

Bitte spontan bewerten..... von -5 (nicht zutreffend) bis +5 (voll zutreffend)	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Lebensfreude Ich genieße jeden Tag und spüre mein Glück.	<input type="checkbox"/>										
Physische Erscheinung Ich bin glücklich mit meinem Aussehen.	<input type="checkbox"/>										
Körpergewicht Ich habe mein Wohlfühlgewicht.	<input type="checkbox"/>										
Körperliche Bewegung Ich bewege mich regelmäßig und bin sportlich aktiv.	<input type="checkbox"/>										
Selbstvertrauen Ich vertraue mir und mutig meinen Weg.	<input type="checkbox"/>										
Ehrlichkeit Ich sage ehrlich meine Meinung und bin authentisch.	<input type="checkbox"/>										
Unverletzlichkeit Ich grenze mich gut ab und nehme Kritik nicht zu ernst.	<input type="checkbox"/>										
Flexibilität - Ich passe mich neuen Situationen und Veränderungen gut an.	<input type="checkbox"/>										
Hoffnung Ich denke positiv und habe Vertrauen, dass alles gut wird.	<input type="checkbox"/>										
Verantwortlichkeit - Ich übernehme die Eigenverantwortung und bin zuverlässig.	<input type="checkbox"/>										
Freiheit - Ich bin frei von Süchten und Zwängen und kann meine Freiheit spüren.	<input type="checkbox"/>										



Fragebogen

Persönliche Situation											
Bitte spontan bewerten..... von -5 (nicht zutreffend) bis +5 (voll zutreffend)	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Kommunikationsfähigkeit - Ich sage klar und deutlich, was ich möchte, ich werde verstanden.	<input type="checkbox"/>										
Kreativität - Ich lebe meine Kreativität und meinen Ideenreichtum.	<input type="checkbox"/>										
Spiritualität - Ich habe einen festen Glauben an die Kraft, die hinter allem steht.	<input type="checkbox"/>										
Lebensplan Ich kenne den Sinn meines Lebens.	<input type="checkbox"/>										
Partnerschaft Ich habe eine bereichernde Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>										
Verhältnis zu Eltern - Ich achte meine Eltern und habe eine gute Verbindung zu ihnen.	<input type="checkbox"/>										
Verhältnis zu Geschwistern Ich verstehe mich gut mit meinen Geschwistern.	<input type="checkbox"/>										
Verhältnis zu Kindern - Ich verstehe mich gut mit meinen Kindern, sie achten und schätzen mich.	<input type="checkbox"/>										
Verhältnis zu Freunden Ich habe gute Freunde und habe auch Zeit für sie.	<input type="checkbox"/>										
Finanzen - Ich bin voll und ganz zufrieden mit meiner finanziellen Situation.	<input type="checkbox"/>										
Karriere-Befriedigung Mein Beruf macht mir Spaß und gibt mir Anerkennung.	<input type="checkbox"/>										



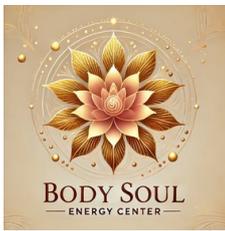
Fragebogen

Persönliche Situation											
Bitte spontan bewerten..... von -5 (nicht zutreffend) bis +5 (voll zutreffend)	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Freizeit Ich habe genügend Freizeit für meine Hobbys / Freunde.	<input type="checkbox"/>										
Wohnung / Haus Ich fühle mich wohl und geborgen bei mir zu Hause.	<input type="checkbox"/>										
Schlafqualität - Ich schlafe ausreichend, tief und fest, und wache morgens ausgeruht auf.	<input type="checkbox"/>										
Ernährung Ich ernähre mich gesund und achte auf meinen Vitamin- und Mineralhaushalt.	<input type="checkbox"/>										



Fragebogen

Belastungen / Schmerzen											
Bitte spontan bewerten..... von -5 (nicht zutreffend) bis +5 (voll zutreffend)	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Allergien	<input type="checkbox"/>										
Alpträume	<input type="checkbox"/>										
Ängste	<input type="checkbox"/>										
Asthma	<input type="checkbox"/>										
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>										
Depression	<input type="checkbox"/>										
Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>										
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>										
Gereiztheit	<input type="checkbox"/>										
Haarausfall	<input type="checkbox"/>										
Häufig verstopfte Nase	<input type="checkbox"/>										
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>										
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>										
Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>										
Migräne	<input type="checkbox"/>										
Nervosität	<input type="checkbox"/>										
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>										
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>										
Schwaches Immunsystem	<input type="checkbox"/>										
Stoffwechselprobleme	<input type="checkbox"/>										



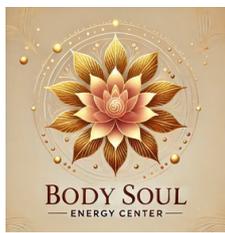
Fragebogen

Belastungen / Schmerzen

Bitte spontan bewerten..... von -5 (nicht zutreffend) bis +5 (voll zutreffend)	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
--	----	----	----	----	----	---	----	----	----	----	----

Stress	<input type="checkbox"/>										
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>										
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>										
Verspannung	<input type="checkbox"/>										

Sonstige gesundheitliche Probleme											
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										
	<input type="checkbox"/>										



Hinweis

Wir weisen Sie darauf hin, dass Wissenschaft und Schulmedizin die Existenz von Informationsfeldern bis jetzt nicht anerkennt. Somit ist auch die medizinische und unternehmerische Bedeutung, die das TimeWaver-System mit seiner Optimierungsarbeit an und im Informationsfeld macht, aufgrund fehlender wissenschaftlicher Nachweise im Sinne der Schulmedizin nicht anerkannt. Informationsfeldmedizin bezieht sich nicht auf den physischen Körper, sondern ausschließlich auf das Informationsfeld des Menschen oder Unternehmens. Ihr Ziel ist nicht die Erkennung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten, sondern das Erkennen und Auflösen von Störungen im Informationsfeld. Dies bezieht sich ebenso auf weitere von uns angeführte Theorien über Energie- und Frequenzmedizin, bioenergetische Bewusstseinsresonanzen und die Organkohärenz.

Erklärung

Die Erfolge von TimeWaver-Behandlungen sind daher nicht vorhersagbar bzw. messbar. Ich wurde darüber informiert und nehme zur Kenntnis, dass ich ausdrücklich darüber aufgeklärt wurde, dass ich lediglich Hilfestellung unter Zuhilfenahme von energetischen Arbeitsmethoden erhalte, die keine schulmedizinische Behandlung darstellt. Ich bestätige, dass mir keinerlei wie immer gearteter Erfolg, insbesondere kein Heilungs- oder Linderungserfolg versprochen worden ist und wird. Ich willige freiwillig in diese Behandlung ein. Ich erkläre weiter ausdrücklich, dass ich auch den Umstand gutheiße, dass mit der vorliegenden Behandlung keinerlei Linderung oder sonstige Besserung meiner Leidenszustände und Krankheiten zu erwarten ist.

Das Body Soul Energy Center nimmt den Schutz von persönlichen Daten sehr ernst. Personenbezogene Daten werden vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften behandelt.

Ich habe vor Unterschriftsleistung den obigen Inhalt genau gelesen, vollinhaltlich verstanden und bestätige mein volles Einverständnis zu dem Hinweis und zu der Erklärung durch meine Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift