

Im Folgenden werden einige Fragen aufgeführt, die uns helfen werden, ein besseres Verständnis für deine Lebensbedingungen und deren Einfluss auf deine Gesundheit und dein Wohlbefinden zu erhalten. Indem wir diese Fragen und Einschätzungen berücksichtigen, können wir zusammen einen individuellen Plan entwickeln, um deine Gesundheit und dein Wohlbefinden zu verbessern. Ich freue mich darauf, gemeinsam mit dir daran zu arbeiten.

Persönliche Daten	Datum:
--------------------------	--------

Vorname/n:

Familiennamen: (geb.)

Geburtsdatum:

Alter:

Geburtsort:

Geburtsuhrzeit:

Geschlecht:

☐ männlich ☐ weiblich ☐

Familienstand:

☐ Single ☐ in einer Beziehung ☐ verlobt ☐ verheiratet

☐ getrennt ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ offene Beziehung

☐ eingetragene Partnerschaft ☐ Dating ☐

Mit welchen Personen wird derzeit ein Haushalt gebildet?

☐ mit

☐ Ich lebe allein.

Lebst du in einer festen Partnerschaft?

☐ Ja, mit

☐ Nein und das ist auch gut so.

☐ Nein, aber ich hätte gerne

Hast du Kinder?

☐ Nein

☐ Ja, Ich habe Kind/er;

☐ Schicksal/e:

(Abtreibungen, Krankheit, Kind verloren etc.)

Weitere wichtige Menschen oder Haustiere im Haushalt:

Wie ist die Familienatmosphäre?

Welche Ausbildung/en hast du absolviert?

Welchen Beruf übst du aus?

/ Job, derzeitige Tätigkeit:

Wie stark hast du Stress in deinem Beruf?

Antwort basierend nach Gefühl auf einer von Skala 1-10



(1= leichter Stress, 10= sehr starker Stress) ⇒

Wer oder was setzt dich im Beruf unter Stress?

Wie schätzt du deinen regelmäßigen emotionalen Stresspegel ein?

Gemeint sind: Zweifel, Gedankenkarussell, Erregtheitszustand, Unsicherheit etc. auf einer Skala von 1 – 10



(1 = Sehr entspannt und zuversichtlich, 10 = sehr gestresst) ⇒

**Wer oder was setzt dich emotional
unter Stress?**

**Wie äußert sich dein Stress oder
deine Entspannung?**

**Welche wiederkehrenden
Gedanken hast du?**

Sozioökonomische Aspekte	Sozio-Epigenetik
---------------------------------	-------------------------

**Wie ist deine aktuelle soziale
Situation?**

**Wie sind deine aktuellen
Lebensumstände?**

**Wie schätzt du deine soziale
Qualitätsstufe, dein soziales
Niveau ein?**

☐ Arbeiterklasse ☐ Mittelstand ☐ Oberklasse ☐ Elite

Ich fühle mich:

Was gibt es für Gewohnheiten?

**Wie sieht die Freizeitgestaltung
aus?**

Wie sieht das soziale Umfeld aus?

Wie ist der Freundeskreis?

**Welche Aspekte deines
Umfeldes ziehen dir Energie?**

(Freunde, Familie, Bekannte, Arbeitskolleg*innen)

**Welche Aspekte deines
Umfeldes spenden dir Energie?**

(Freunde, Familie, Bekannte, Arbeitskolleg*innen)

**Wie geht es dir mit deinem
sozialen Umfeld im Gesamten?**

Antwort basierend auf dem Gefühl auf einer von Skala 1-10



(1 = Es schafft mir emotionale Entspannung, Vertrauen und Sicherheit; 10 = Es setzt mich unter Druck, hohe Erwartungen, die ich erfülle) ⇒

**Bestehen psychosoziale
Beeinträchtigungen?**

(Arbeitsplatzprobleme, Mobbing, soziale Isolation, finanzielle Probleme, Familienprobleme etc.)

Biografische Daten	Transgenerationale-Epigenetik
---------------------------	--------------------------------------

Mutter:

Vater:

Schwangerschafts- & Geburtsumstände:

Gab es Abtreibungen?

☐ Nein ☐ nicht, dass ich wüsste.

☐ Ja,

Geschwister und Geschwisterreihenfolge:

☐ Nein, ich bin ein Einzelkind.

☐ Ja, ich habe Geschwister; ich bin

1)

2)

3)

4)

5)

Großeltern (mütterlicherseits):

Großmutter:

Großvater:

Großeltern (väterlicherseits):

Großmutter:

Großvater:

Ahnen & besondere Beziehungen:

Inwieweit sind dir die Lebensstil-Bedingungen deiner Ahnen bekannt?

Antwort basierend auf dem Gefühl auf einer von Skala 1-10



(1 = kaum bekannt, 10 = sehr bekannt) ⇒

Frühkindliche und vorschulische Entwicklung:

Pubertät:

Familienatmosphäre:

Sexuelle Entwicklung:

Schulische und berufliche Entwicklung:

Partnerschaften & wichtige Ex-Partner/innen:

Belastende Familienereignisse:

Belastende Lebensereignisse:

>
>
>
>
>

Welche Muster sind dir bekannt, die sich innerhalb der Familie regelmäßig wiederholen?

(Krankheiten, Einstellungen und Einsichten, Ernährung, körperliche Probleme, körperliche Fitness, Gefühlsmuster, Traumata etc.)

Welche wiederkehrenden Konflikte gibt es in deinem Familiensystem?

(Verantwortlichkeiten, Rollen, Veränderungen, Beziehungen, Erziehung, Werte, Geld, Überzeugungen, Glaube & Religion, Kommunikation)

Gibt es Erkrankungen in der Familie (Mutter/Vater/ Geschwister)?

(z.B. Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2), Fettstoffwechselstörungen (z. B. Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie, erhöhte Blutspiegel von Cholesterin bzw. Triglyceriden), Bluthochdruck (Hypertonie), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzprobleme, einschließlich Herzinfarkt, koronare Herzkrankheit/Arterienerkrankung, Schlaganfall), Asthma und andere Atemwegserkrankungen, Allergien (wie Heuschnupfen oder Nahrungsmittelallergien), Adipositas (Übergewicht und Fettleibigkeit) Hauterkrankungen (wie Psoriasis, Neurodermitis), Krebserkrankungen (wie Brustkrebs, Darmkrebs, Prostatakrebs), Psychische- oder andere Erbkrankheiten)

Gab es wichtige Personen außerhalb der Familie, die bei der Familie lebten oder besonders wichtig waren?

Gab es ernsthafte medizinische, psychische oder emotionale Probleme?

Gab es Probleme mit Alkohol, Drogen oder anderen Themen?

Wer steht sich innerhalb der Familie besonders nahe?

Wer hat ein distanziertes oder konfliktreiches Verhältnis, ist stark von einem anderen Familienmitglied abhängig oder hat die Beziehung abgebrochen?

Aktuelle Beschwerden

Thema:

Beginn:

Dauer:

Wie stark sind die aktuellen Beschwerden?

Auf einer Skala von 1-10



(1= leicht, 10= sehr stark) ⇒

**Subjektive Beeinträchtigung und
Beurteilung der aktuellen
Beschwerden:**

**Entwicklung der aktuellen
Beschwerden:**

**Gab es Auslöser für die
Beschwerden?** ☐ Nein, mir ist nichts bewusst.
☐ Ja, **Welche/n?**

(z.B. Erkrankungen, Unfälle, Trauer, Impfung, Medikamente, Politik,
Zahnbehandlung, Operationen, Arbeitslosigkeit, Wirtschaftslage etc.)

Gibt es eine Ärztliche Diagnose? ☐ nein
☐ wenn ja, **welche Diagnose/n?**

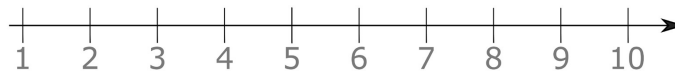
Befindest du dich in Therapie? ☐ nein
☐ wenn ja, **welche Therapie/n?**

**Welche Behandlungen hast du
gegen deine Beschwerden bereits
bekommen und mit welchem
Erfolg?**

Art/en und Erfolg/e meiner bisherigen Behandlung/en sind:

**Wie stark fühlst du „den
Schmerz“?**

Auf einer Skala von 1-10



(1= leichter Schmerz, 10= sehr starker Schmerz) ⇒

Wo fühlst du „den Schmerz“?

Was ist dein persönliches Ziel?

Erwartungen an das Coaching:

**Wann kannst oder konntest du
einen direkten Zusammenhang
(zeitlich oder spürbar) zwischen
emotionalen Themen und
körperlichen Beschwerden
erkennen?**

Gesundheit

Krankheit (anerkannte Krankheiten dürfen nicht behandelt
werden, lediglich begleitend!) Kenntnisnahme: ☐ verstanden

**Welche Vorerkrankungen,
Krankheiten und körperlichen
Probleme gibt es bei dir?**

- ☐ Körperliche/s Problem/e:
- ☐ Psychische/s Problem/e:
- ☐ Operationen:
- ☐ Brüche:
- ☐ Narben:
- ☐ Sonstiges:

Welche psychischen bzw. somatischen Erkrankungen gibt es bei dir oder gab es in der Familie?

- ☐ körperliche:
- ☐ psychische:
- ☐ mir ist nichts bekannt
- ☐ in der Familie gibt/gab es:

Gibt es bekannte Allergien?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, **Welche Allergie/n?** Ich reagiere allergisch auf

Suizidversuche:

- ☐ Nein
- ☐ Ja; **wann und wie?**

Leidest du an offensichtlichen Symptomen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja; **Welche?**

Leidest du an folgenden chronischen, körperlichen Verspannungszuständen?

- ☐ Verspannte/verhärtete Muskeln
- ☐ Schmerzende Nacken- und Schultermuskulatur
- ☐ Migräne, Kopfschmerzen
- ☐ Rückenschmerzen
- ☐ Fest zusammengebissene Zähne
- ☐ Nächtliches Zähneknirschen
- ☐ Verspannung von Augen- und Gesichtsmuskulatur
- ☐ Kalte Hände und Füße
- ☐ Grundloses Schwitzen (Hyperhidrose)
- ☐ Muskelverspannung nach Kraftanstrengung
- ☐ Arthritis
- ☐ Nervosität
- ☐ Schwindelgefühl / Benommenheit
- ☐ Taubheitsgefühl
- ☐ Halsbeschwerden, Kloß im Hals (Globusgefühl)
- ☐

Leidest du an folgenden psychischen Problemen?

- ☐ Reizbarkeit, Groll
- ☐ Seelisch „angeschlagen“
- ☐ Gefühl von Hoffnungslosigkeit
- ☐ Antriebslosigkeit
- ☐ Energiemangel
- ☐ Traurigkeit
- ☐ Tendenz zu Weinerlichkeit
- ☐ Allgemeine Ängstlichkeit (Angstzustände)
- ☐ Schweregefühl
- ☐ Ausgedehnte Depressive Phasen
- ☐ Furchtsamkeit
- ☐ Alpträume
- ☐ Ruhelosigkeit (innere Unruhe)
- ☐ Schlafschwierigkeiten/Schlafstörungen (z. B. Insomnie)
- ☐ Konzentrationsschwierigkeiten
- ☐ Vergesslichkeit
- ☐ Frustration (Sinnfragen)
- ☐ Übermäßiges Tagträumen und Fantasieren
- ☐

Leidest du an Herz- und/oder Lungenproblemen?

- ☐ Brustschmerzen
- ☐ Asthma
- ☐ Hyperventilation
- ☐ Kurzatmigkeit

- ☐ Atemnot
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Herzrasen
- ☐ Herzstechen
- ☐ Bluthochdruck
- ☐

Leidest du an Funktionsstörungen innerer Organe?

- ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ Verstopfung
- ☐ Dickdarmreizung
- ☐ Durchfall
- ☐ Magenprobleme
- ☐ Übersäuerung, Geschwüre, Sodbrennen
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Übermäßiges Essen
- ☐

Gibt es Probleme mit dem Immunsystem bzw. bist du anfällig für Infekte?

- ☐ Nein, ich habe ein sehr starkes Immunsystem.
- ☐ Normal, ich
- ☐ Ja, mein Immunsystem ist:
- ☐ Infektanfälligkeit
- ☐ Allergien (z. B. Heuschnupfen)
- ☐

Gibt es Verhaltensprobleme?

- ☐ Häufige Unfälle oder Verletzungen
- ☐ Vermehrtes Trinken oder Rauchen
- ☐ Übermäßige Einnahme von Medikamenten (verschreibungspflichtigen oder frei verkäuflichen)
- ☐ Autismus, ADHS, Asperger-Syndrom
- ☐

Gibt es Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen?

- ☐ Übermäßiges oder unangebrachtes Misstrauen
- ☐ Mangelnde Kompromissbereitschaft
- ☐ Verlust des Interesses an Sex
- ☐

Gibt es mentale Probleme?

- ☐ Überbesorgtheit
- ☐ Angstzuständen, Angst- und Panikstörung
- ☐ Aggressionen
- ☐ Depressionen
- ☐ Gefühlsschwankungen
- ☐ Bipolare Störungen
- ☐ Anpassungsstörungen
- ☐ Essstörungen (z. B. Magersucht, Bulimie)
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- ☐ Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung, narzisstische Persönlichkeitsstörung)
- ☐ Konzentrationsschwierigkeiten
- ☐ Gedächtnisprobleme
- ☐ Entscheidungsfähigkeit
- ☐

Gibt es andere Probleme?

- ☐ Übermäßige (Regel) Menstruationsschmerzen
- ☐ Wassereinlagerungen
- ☐ Zahnschmerzen

- ☐ Sehstörungen
- ☐ Ohrendruck, Ohrensausen
- ☐ Geschmacksverlust
- ☐ Muskelkater
- ☐ Übelkeit
- ☐ Taubheitsgefühl
- ☐ Schmerzempfindlichkeit
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Muskelschmerzen
- ☐ Hautprobleme
- ☐ Ich habe/hatte:

Leidest du unter?

- ☐ Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2)
- ☐ Rückenschmerzen und Wirbelsäulenerkrankungen
- ☐ Übergewicht und Adipositas
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen (z. B. Hypo-, Hyperthyreose)
- ☐ Krebserkrankungen (z. B. Brustkrebs, Darmkrebs)
- ☐ Neurologische Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson)
- ☐ Somatoforme Störungen (z. B. somatoforme Schmerzstörung, somatoforme autonome Funktionsstörung)
- ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. koronare Herzkrankheit, Bluthochdruck)
- ☐ Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung – Chronic Obstructive Pulmonary Disease COPD)
- ☐ Ich leide unter

Hast du chronische Entzündungen?

- ☐ Nein, mir ist nichts bekannt.
- ☐ Ja, **Welche?**

Ich habe bzw. hatte:

- ☐ Grippale Infekte
- ☐ Lungenentzündungen
- ☐ Bronchitis
- ☐ Durchfallerkrankungen
- ☐ Entzündung des Magen-Darm-Trakts
- ☐ Lebensmittelvergiftungen
- ☐ Magengeschwüre
- ☐ Blasenentzündungen
- ☐ Nierenentzündungen
- ☐ Chlamydien (Entzünd. Harnröhre, Scheide, Analbereich)
- ☐ Gonorrhö (Tripper)
- ☐ Syphilis
- ☐ Herpes genitalis
- ☐ Humanes Papillomavirus (HPV)
- ☐ HIV/AIDS
- ☐ Nasennebenhöhlenentzündung/Sinusitis
- ☐ Mittelohrentzündung
- ☐ Angina (Mandelentzündung)
- ☐ Cellulitis, Bindegewebschwäche
- ☐ Impetigo, Borkenflechte
- ☐ Pilzinfektionen wie Ringelflechte und Nagelpilz
- ☐ virale Infektionen wie Herpes simplex und Warzen
- ☐ Sepsis (Blutvergiftung)
- ☐ Meningitis (Hirnhautentzündung)

☐ Sonstige (z.B. Hepatitis, Epstein Barr)

Welche Impfungen gab es?

- ☐ Diphtherie
☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B
☐ Herpes Zoster (Gürtelrose)
☐ HPV (Humanes Papillomvirus)
☐ Infektion mit Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln (MMR)
☐ Meningokokken-Infektion
☐ Meningokokken-C-Infektion
☐ Pertussis (Keuchhusten)
☐ Poliomyelitis (Kinderlähmung)
☐ Pneumokokken-Infektion
☐ Rota-Viren, Pneumokokken-Infektion
☐ Tetanus
☐ Varizellen (Windpocken)
☐ Zecken/FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis)
☐ Covid-19 ☐ Booster
☐ Influenza, Grippe
☐ Infektion mit Haemophilus influenzae Typ b (Hib)
☐ **Sonstige:**

Medikamente, Drogen & Genussmittel

Nimmst du Medikamente?

- ☐ Nein
☐ Ja, **Welche?**

Trinkst du Alkohol?

- ☐ Nein
☐ Ja, **Was und wie viel?**

Rauchst du?

- ☐ Nein, ich bin ☐ Nieraucher.
☐ Ich habe aufgehört; mein Rauchverhalten war
☐ Ja, **circa Zigaretten pro Tag**

Nimmst du sonstige Drogen oder andere Genussmittel?

- ☐ Nein
☐ Ja, **Was und wie viel?**

Nimmst du Beruhigungsmittel?

- ☐ Nein
☐ Ja, **Was und wie viel davon?**

Liegen oder lagen Suchterkrankungen vor?

- ☐ (z. B. Alkohol-, Drogenabhängigkeit)
☐ Nein, noch nie.
☐ In meiner Familie jedoch bei

Physis Physio-Epigenetik

Gewicht: Kg – mein BMI ist
Bist du mit deinem Gewicht zufrieden?
☐ Ja ☐ Nein, ich möchte

Körpergröße: cm

Sport & Bewegung: Treibst du Sport?

- ☐ Ja, ich treibe folgende Arten an Sport:
 x pro Woche
 x pro Woche
 x pro Woche
 x pro Woche

☐ Nein, ich treibe keinen Sport.

Wie sieht dein Bewegungsverhalten sonst aus?

Inwieweit bewegst du dich regelmäßig?

Körpergefühl: Bist du mit deinem Körper zufrieden?

- ☐ Ja, ich fühle mich wohl in und mit meinem Körper.
☐ Nein, **Ich möchte:**

Ernährung	Nutri-Epigenetik
-----------	------------------

Wie genau sehen deine Essgewohnheiten aus?

- ☐ regelmäßig
☐ unregelmäßig

Morgens:

Mittags:

Abends:

Vergangenheit bis Gegenwart; Beschreibe dein Essverhalten:

Wie viel Mahlzeiten pro Tag?

Pro Tag circa Mahlzeiten

Wie viel Obst und Gemüse und in welcher Qualität?

(z.B. Bio, Demeter, Supermarkt)

Wie viel Liter Flüssigkeit pro Tag?

Welche Getränke?

(Wasser, Kaffee, Tee, Softgetränke, Alkohol, etc.)

Auf welche Lebensmittel kann nur schwer verzichtet werden?

Zwischendurch, Snacks und Süßes?

Zwischendurch esse ich gerne mal , am Abend und für die Süße esse ich gerne .

Liegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten vor?

- ☐ Laktoseintoleranz
☐ Fruktoseintoleranz
☐ Histaminintoleranz
☐ Zöliakie/Sprue (chr. Erkrankung des Dünndarms; Glutenunv.)
☐ Nahrungsmittelallergie vom Soforttyp (IgE-vermittelt)

- ☐ Nahrungsmittelallergie vom verzögerten Typ (IgG-vermittelt)
☐

Welche Nahrungsmittel verträgst du schlecht?

Welche Reaktionen gibt es auf unverträgliche Nahrungsmittel?

Wie sind dein Magen-Darm-Trakt und deine Verdauungsfunktion?

- ☐ Völlegefühl nach dem Essen:
☐ Übelkeit nach dem Essen:
☐ Blähbauch:
☐ Sodbrennen:
☐ vermehrtes Aufstoßen:
☐ Appetitlosigkeit:
☐ abgehende Winde übelriechend:
☐ abgehende Winde geruchsneutral:
☐ Verstopfung:
☐ Tendenz zu weichen Stühlen:
☐ Durchfall:
☐ Wechsel von Durchfall und Verstopfung:
☐ Gastritis (Entzündung der Magenschleimhaut):
☐ Magengeschwür:
☐ Hämorrhoiden:
☐ sonstiges
- ☐ Stuhlgang täglich:
☐ Stuhlgang alle 2-3 Tage:
☐

Sonstige Verdauungsstörungen?

Schlaf & Schlafgewohnheiten

Wie „gefühl“ gut oder schlecht ist deine Schlafqualität?



(1 = Schlechte Schlafqualität 10 = Sehr gute Schlafqualität) ⇒

Wie ist dein Ein- und Durchschlafverhalten und wie äußert sich deine Einschätzung?

- ☐ Schnelles Einschlafen
☐ Langsames Einschlafen
☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
☐ Einschlafprobleme aufgrund von Gedanken oder Sorgen durch
☐ Einschlafprobleme aufgrund von körperlichen Beschwerden von
☐ Einschlafprobleme aufgrund von externen Einflüssen durch
☐ Einschlafen beim ☐ Lesen oder ☐ Fernsehen ☐ Handy
☐
- ☐ Ununterbrochener Schlaf (ohne größere Unterbrechungen, angemessene Schlafkontinuität, ich bin am Morgen fit und erholt)

☐ Leichter Schlaf (empfindlich auf äußere Störungen, selbst kleine Geräusche oder Bewegungen können mich stören)

☐ Schlafstörungen (Schwierigkeiten, eine ununterbrochene Schlafphase aufrechtzuerhalten, häufig am Aufwachen)

☐ Frühes Erwachen (ich wache früh am Morgen auf und habe danach Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen; verkürzter Schlaf)

☐ Durchschlafprobleme aufgrund von körperlichen Beschwerden (wie Schmerzen, Unruhe oder Atembeschwerden)

☐ Durchschlafprobleme aufgrund von psychischen Faktoren (Stress, Angst oder Sorgen lassen mich nachts nicht gut schlafen)

☐ Schlafstörungen aufgrund von Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder Schlafapnoe)

Wie sind deine Schlafenszeiten?

☐ Ich gehe meist regelmäßig und zur selben Zeit um Uhr ins Bett und stehe meist zur selben Zeit um Uhr auf.
☐ Ich gehe meist unregelmäßig zwischen und Uhr zu Bett und stehe morgens meist unregelmäßig zwischen und Uhr auf.

Welcher Schlaftyp bist du?

☐ Lerche, ich bin morgens um 6.00 Uhr fröhlich und wach und gehe gern um 22.00 Uhr ins Bett.
☐ Eule, vor 9.00 Uhr bin ich kaum ansprechbar, blühe aber ab 21.00 Uhr so richtig auf.
☐ Extreme Eulen gehen dann ins Bett, wenn ☐ extreme Lerchen aufstehen. Ich bin weder extreme Eule noch extreme Lerche ☐.

Müdigkeit:

☐ Ich bin nach dem Aufstehen den ganzen Tag recht fit.
☐ Ich habe vermehrten Schlafdrang am Tag.
☐ Ich mache Mittagsschlaf oder ein Nickerchen zwischendurch.
☐ Ich

Schlafbedingungen:

Ich schlafe in einem ☐ ruhigen, ☐ verdunkelten, ☐ gut gelüfteten und ☐ kühlem (circa 14-18°C) Schlafzimmer.

Beschreibe dein Schlafzimmer:

Wie viel Stunden schläfst du im Schnitt?

Ich schlafe im Durchschnitt circa Stunden pro Tag.

Bist du Elektrosmog, Lärm- oder Lichtverschmutzung ausgesetzt?

(Mobiltelefon, Wi-Fi-Router, elektrische Leitungen, lauter Straßenverkehr, laute Nachbarn, Schnarchen oder andere störende Geräusche, helle Straßenlaternen, beleuchtete Werbetafeln, elektronische Geräte, viel Licht im Schlafzimmer)

Natur & Sonne Vitamin D

Bist du viel an der Sonne? Wenn ja, wie oft und mit wie viel Körperoberfläche (ohne Sonnencreme)?

Kennst du deinen Vitamin D Wert?

- ☐ Nein
☐ Ja

Mein Blutserumwert von Vitamin D 25 OH (Calcidiol) ist:

Gibt es Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Vitamin D Mangel stehen?

- ☐ Erhöhte Infektanfälligkeit
☐ Chronische Infekte
☐ Zahnfleischentzündungen, Zahnausfall
☐ Osteoporose (Knochenschwund)
☐ Rachitis (Knochenerweichung im Wachstumsalter)
☐ Übergewicht
☐ Hauterkrankungen
☐ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
☐ Depressionen
☐ Schlafstörungen
☐ Bluthochdruck, Herzschwäche, Herz-Kreislauf
☐ Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS)
☐ Rheuma und verschiedene Autoimmunerkrankungen
☐ Epilepsie
☐ Tumore / Hautkrebs
☐ Erkrankungen bei Frauen wie Beschwerden vor der Menstruation, Zysten an den Eierstöcken
☐ Wachstum von Gebärmutter Schleimhaut an anderen Stellen im Körper, Schwangerschaftskomplikationen
☐

Umwelt und Entgiftung Toxiko-Genetik

Hast du Amalgamfüllungen in den Zähnen?

- ☐ Ja
☐ Nein, hatte ich nie.
☐ Amalgam-Füllungen wurden entfernt mit ☐
anschließender Entgiftung und Amalgam-Ausleitung durch

Isst du nicht-biologische Lebensmittel?

Welche und wie oft?

(Herbizide, Insektizide, Pestizide)

Was trinkst du?

Ich trinke gerne:

Meine Getränke nehme ich vorwiegend aus Glasflaschen ☐,
Plastikflaschen ☐ oder ☐ Tetra-Packs zu mir.

Welche Arbeitsplatzbedingungen hast du und welchen Giften bist du ausgesetzt?

(z.B. Plastik, Kosmetika, Lacke, Haarsprays, Abgase oder Lösungsmittel)

Inwieweit bist du Bedingungen -
positiv wie negativ - ausgesetzt,
die auf deinen Körper wirken? (z.B. Elektromog / Strahlung, Gifte, Natur, frische Luft etc.)

Wohlbefinden & Zufriedenheit Psycho-Epigenetik

Welche seelischen oder
emotionalen Themen/Probleme
gibt es, mit denen du momentan
konfrontiert bist?

Wie glücklich bist du?



(1 = Sehr glücklich 10 = Sehr unglücklich) ⇒

Wie zufrieden bist du?



(1 = Sehr zufrieden 10 = Sehr unzufrieden) ⇒

Was sind immer wiederkehrende
Probleme / Themen in deinem
Leben, die du gerne verändern
möchtest?

Wie schätzt du deine Selbstliebe
ein?



(1 = Sehr gut 10 = was ist Selbstliebe?) ⇒

Warst Du schon mal in einem ☐ Nein
Mentoring? ☐ Ja, welches?

Für unseren Dienst erfolgt die Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ und Ort -

Land:

E-Mail:

Telefonnummer:

Einwilligungserklärung ☐ gemäß DSGVO in die Verarbeitung von Daten durch Volkmar Gerber

Die oben genannten Daten werden zum Zweck des Coachings erhoben und zudem von Volkmar Gerber gespeichert. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden.

Sollten weitere Daten benötigt werden, braucht es dafür separat wieder die Zustimmung des Nutzers.

☐ **Widerrufsrecht**

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Hierfür genügt eine E-Mail an mail@volkmargerber.de. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

☐ **Folgen des Nicht-Unterzeichnens**

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da dieser Dienst / das Coaching jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung der zu Anfang genannten Daten angewiesen ist, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme des Dienstes ausschließen.

☐ **Zustimmung durch den Betroffenen**

Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch Volkmar Gerber zum Zweck des Coachings freiwillig zuzustimmen und über die Datenverarbeitung und seine Rechte belehrt worden zu sein.

☐ **Haftungsausschluss und rechtliche Hinweise bezüglich der Behandlung von anerkannten Krankheiten**

Ich weise darauf hin, dass gemäß den geltenden rechtlichen Bestimmungen anerkannte Krankheiten ausschließlich begleitend behandelt werden dürfen und keine eigenständige medizinische Versorgung umfassen. Alle Informationen, die ich im Zusammenhang mit anerkannten Krankheiten bereitstelle, dienen lediglich der Unterstützung und sollten nicht als Ersatz für eine angemessene medizinische Diagnose, Beratung oder Behandlung betrachtet werden. Es liegt in meiner Verantwortung, qualifizierte medizinische Fachkräfte zu konsultieren, um eine korrekte Diagnose und angemessene Behandlung im Zusammenhang mit anerkannten Krankheiten zu erhalten. Durch die Nutzung dieser Informationen erkläre ich meine Kenntnisnahme und mein Einverständnis mit diesen rechtlichen Vorgaben. Ich werde individuelle medizinische Fragen direkt mit einem qualifizierten Arzt oder einer medizinischen Fachkraft besprechen.

, den

Unterschrift