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:** |  |
| **Familienname:** | (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  Albträume  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, Bindegewebsschwäche  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 „gefühlt“ 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 bis 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 14-18ºC) 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 Gebärmutterschleimhaut 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. Elektrosmog / 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 Mentoring?** | Nein  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