

Fragebogen zur Lithotherapie

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer und E-Mail

Welche **Charaktereigenschaften** haben Sie?

Sind sie eher ängstlich, gestresst, nervös, hyperaktiv oder eher ruhig, passiv, faul?

Geben Sie bitte soviel Details wie möglich an, dies ist hilfreich bei der Auswahl der Steine!

Gesundheitliche Vorgeschichte

Operationen, Unfälle, Krankheiten, ...

(Asthma, Allergien, Krebs, erstellte Diagnosen, ...)

Aktuelle medizinische Behandlungen

Wenn Sie eine Frau sind!

Haben Sie Probleme mit dem Zyklus? Mit der Fruchtbarkeit?

Sind Sie Schwanger? Wenn ja, in Welcher Schwangerschaftswoche?

Haben Sie Kinder, und wenn ja, wie viele?

Ihr Lebensstil

Konsum von Wasser, Kaffee, Zigaretten, Alkohol, zuckerhaltige Getränke...

Üben Sie eine Sportart oder mehrere aus? Wenn ja, wie oft?

Schlafrythmus

Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand auf *emotionaler und psychologischer* Ebene?