



Name / Vorname:	Straße / HNr. / PLZ / Ort:	Telefonnummer:			
Mailadresse:	Geb.-Datum:	Männlich	Weiblich	Kind	Tier
Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/>	Geburtsort:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der entfernten Organe		Persönlicher Stress max. 10 Punkte	
Zahl der Medikamente momentan		Zahl an Zuckerprodukten / Tag (auch Limonaden, Eiskrem, Kuchen.)	
Wie viele Zigaretten pro Tag (Zigaretten, Zigarren etc.)		Wie viele Trainingseinheiten / Woche? mind.20 min. keine Arbeit	
Zahl der Hormon-Medikamente [letzte 12 Monate] ?		Alkoholische Getränke / Tag Durchschnitt	
Zahnfüllungen Amalgam / Jetzt od. präsent letzte 12Monate		Kaffeetassen, Schwarztee /Tag u. a. koffeinhaltige Produkte	
Zahl der Drogeneinnahmen / Monat		Kontakt mit Giftigen Subst. /J. Strahlung, Insektizide, Chemikalien	
Zahl der bekannten Allergien		Zahl gravierender Verletzungen	
Ungelöste mentale Faktoren		Zahl gravierender Infektionen aktuell und zurückliegend	
Verantwortung für eigenen Körper {0 Minimum -> 10 Maximum}		Wie viele Gläser Wasser oder natürlichen Frucht/Obstsaft / Tag	
Wie viele Fett in Nahrung 0-10 [max] Verarbeitete Nahrung incl.		Viele Kilo Übergewicht nach Einschätzung des Klienten	
Stress und Ausleitungstyp		Probleme mit Verdauung (10 ist extrem)	
Stress mit Pers.		Problem mit Schweiß (10 ist extrem)	
Job- oder Schulstress		Problem mit Urin (10 ist extrem)	
Stress mit Selbst oder Geld		Problem mit Schleim (10 ist extrem)	
Stress durch Beschwerden		Problem mit Menstruation (10 ist extrem)	
Familienstress		Problem mit Atem (10 ist extrem)	
Stress durch Wunsch nach Änderung		Problem mit der Haut (10 ist extrem)	
		Problem mit Schlaf (10 ist extrem)	



DNA-Analyse bezugnehmend auf Ihren betroffenen Bereich:

Bitte Kreuzen Sie einen Bereich an, wo Sie die Beschwerden haben und Beschreiben Sie kurz den Bereich in Stichpunkten, wie es sich äußert:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hinweis:

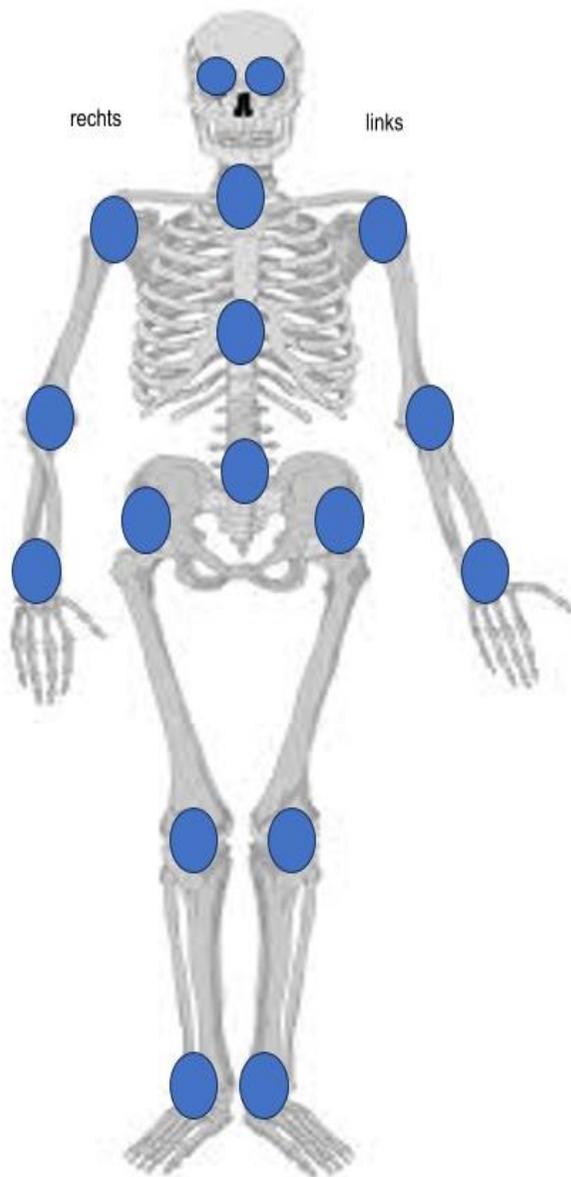
Wenn Sie mehrere Bereiche angekreuzt haben werden aus Zeitgründen den vollen DNA-Umfang (mit Absprache von Ihnen). Ich würde mich über eine Spende freuen.

Danke für Ihr Verständnis

Bitte kreuzen Sie an:

DNA-Analyse für einen Bereich: (Spende)

DNA-Analyse alle Bereiche: (Spende)



Herzschrittmacher? Ja Nein

Bei Schwangerschaft nur Beratung!!!!

Einzelne Fragen:

Beschreibungsablauf zur Buchung:

Füllen Sie das Formular komplett und wahrheitsgetreu aus. Danach senden Sie mir das Formular und ihren Blutstropfen an mich zurück, an folgende Adresse:

f. HELLINGER
Franz Liszt Straße 18
08525 Plauen

Bei Fragen unter folgende Telefonnummer:
0170/3106229