

Dr. Neuburger

ENERGETISCHES ANALYSEBLATT

KlientInnen Erstgespräch

FAMILIENNAME

VORNAME

ADRESSE

PLZ / ORT

MOBILTELEFON (0043 664 6666666)

GEBURTSDATUM

EMAIL ADRESSE (.....@.....)

1) Wie ist ihr Energiegefühl?

ENERGIEGEFUHL SUBJEKTIV

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			sehr wenig							sehr hoch	

2) Wie ist ihr Schlaf?

3) Werden sie nachts immer zur gleichen Zeit munter?

(Hinweis auf Organe Leber/Galle, Lunge, Darm)

4) Sind sie tagsüber müde?

5) Wie ist ihre Stimmung?

Dr. Neuburger
ENERGETISCHES ANALYSEBLATT
KlientInnen Erstgespräch

6) Spüren sie einen Druck im Brustbereich/ Kloss im Hals?

7) Wie ist ihre Verdauung? (Stuhlbeschaffenheit, Regelmäßigkeit, Völlegefühl, Blähungen, Schmerzen im Bauchraum, Sodbrennen)
(Hinweis auf Saubermacher, Stoffwechsler, Durchdringer)

8) Haben sie bekannte Allergien oder Nahrungsunverträglichkeiten?

9) Wie geht es Ihnen mit ihrer Aufnahmefähigkeit und Konzentration?
(Hinweis auf Merk-Ich-Mir und Neumacher)

10) Haben sie Schmerzen oder Entzündungen im Körper?
(Hinweis auf Jungmacher und Durchdringer)

11) Wie geht es ihnen mit der Lunge? (Atembeschwerden bei Bewegung, Asthma, Bronchitis etc.)
(Hinweis auf Ausgleicher und Durchdringer)

Dr. Neuburger
ENERGETISCHES ANALYSEBLATT
KlientInnen Erstgespräch

12) Wie geht es ihnen mit den Hormonen? (*Menstruation, Wechsel etc.*)
(Hinweis auf Dirigent)

13) Wie ist ihr Blutdruck und Puls?
(Hinweis auf Ausgleicher)

14) Hatten sie bereits Operationen, chronische Erkrankungen etc.?

15) Nehmen sie Medikamente?

16) Genetik: Haben diese Erkrankung/Symptome auch ihre Eltern, Großeltern?

17) Welche Veränderung/Situation war ungefähr zeitgleich mit Beginn der Symptome/Erkrankung?

Dr. Neuburger

ENERGETISCHES ANALYSEBLATT

KlientInnen Erstgespräch

18) Was kostet ihnen momentan am meisten Kraft/Energie?

19) Was bringt ihnen momentan am meisten Kraft/Energie?

20) Was ist ihr Ziel im Hinblick auf ihre Gesundheit?

21) Sonstiges?

DATUM

UNTERSCHRIFT