

# Fragebogen

Vor- / Nachname \_\_\_\_\_

Straße / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Wann und wie fingen Ihre Missempfindungen an? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wobei empfinden Sie Erleichterung dieser Störungen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie wetterfühliger? Wenn ja, wie äußert sich das? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Narben? (Verletzung / Operation) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie erleben Sie  
a.) Ihr Einschlafen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b.) Ihr Durchschlafen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c.) Ihr Aufwachen am Morgen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ZIEL:



Leistungssteigerung durch  
**Cell-Re-Active-Training**  
nach dem Theralogy-Konzept

