

Fragebogen

Vor- / Nachname: _____

Straße / PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wann und wie fingen Ihre Missemmpfindungen an? _____

Wobei empfinden Sie Erleichterung dieser Störungen? _____

Sind Sie wetterföhlig? 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 _____



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

