

Rückführung Frage-/Anamnesebogen

Hinweis: Der Klient wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Beratung sowie Sitzungen in den Bereichen: Befreiungsarbeit, Geistiges Heilen und Rückführungen die Selbstheilungskräfte aktivieren sollen und keinesfalls einen Arztbesuch, psychologische oder psychiatrische Hilfe ersetzen! Falls Sie sich nicht sicher sind, wenden Sie sich an den Arzt Ihres Vertrauens.

Erkrankungen sollten ausdrücklich von einem Arzt bzw. durch einen Facharzt diagnostiziert und behandelt werden.

Ihre Angaben werden absolut diskret behandelt und dienen ausschliesslich der feinstofflichen Analyse und Beratung.

Name		Vorname	
Familienstand			
Geb.: (z.B. 12.9.76)		Beruf	
Adresse			
Tel.:		Mobil	
Email			
Datum			
Auf Empfehlung von:			
Internet/Anzeige			

Nachfolgende Fragen bitte ehrlich beantworten – falls möglich, bitte mit Alters- bzw. Jahresangaben. (Beispiele: „Höhenangst seit dem 15. Lebensjahr“ oder „Erschöpfungszustände seit ca. November 1995“ oder „Nach Umzug aus Norddeutschland nach Freiburg im Winter 2001 Beginn von Migräneattacken“)

www.dein-lebenssinn.ch

Izabella Kljajic - Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich

Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebenssinn.ch

Familienstand (wenn verheiratet, schildere bitte die Beziehung zu Deinem Ehepartner/in):

Ehepartner/in			
Vorname		Name	
Geb. Datum (z.B. 12.9.76)			

Bitte beschreibe die Beziehungen zu Deinen Familienangehörigen. Keine Stichworte aufführen!!!

Meine Beziehung zu Kind 1			
Vorname		Name	
Geb. Datum z.B. 12.9.76			
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Kind 1:			

Meine Beziehung zu Kind 2			
Vorname		Name	
Geb. Datum z.B. 12.9.76			
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Kind 1:			

Meine Beziehung zu Kind 3			
Vorname		Name	
Geb. Datum z.B. 12.9.76			
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Kind 1:			

www.dein-lebenssinn.ch

Izabella Kljajic - Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich

Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebenssinn.ch

Meine Beziehung zu meinem Vater			
Vorname		Name	
Geb. Datum z.B. 12.9.76			
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Deinem Vater			

Meine Beziehung zu meiner Mutter			
Vorname		Name	
Geb. Datum z.B. 12.9.76			
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Deiner Mutter			

Meine Beziehung zu meiner Schwester/Bruder 1			
Vorname		Name	
Geb. Datum z.B. 12.9.76			
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Deiner Schwester/Bruder 1:			

Meine Beziehung zu meiner Schwester/Bruder 2			
Vorname		Name	
Geb. Datum z.B. 12.9.76			
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Deiner Schwester/Bruder 2:			

www.dein-lebenssinn.ch
Izabella Kljajic - Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich
Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebenssinn.ch

Meine Beziehung zu meiner Schwester/Bruder 3		
Vorname		Name
Geb. Datum z.B. 12.9.76		
Bitte beschreibe Deine Beziehung zu Deiner Schwester/Bruder 3:		

1. Krankheiten in der Kindheit/Jugend

--

Hast Du chronische Erkrankungen?	
Beginn	
Bitte führe die chronischen Erkrankungen auf:	

**Krankheiten, Unfälle, Operationen, Bewusstlosigkeit, Krankhausaufenthalte
(Falls in der Kindheit bzw. Jugendzeit geschehen – bitte auch angeben)**

--

www.dein-lebenssinn.ch
Izabella Kljajic - Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich
Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebenssinn.ch

2. Bitte Traumatische Erlebnisse, Schockerlebnisse, Verluste, Gewalterfahrung:
(Falls in der Kindheit bzw. Jugendzeit geschehen – bitte auch angeben)

3. Suchterkrankung/en

4. Ängste, die konkret benannt werden können (Beispiele: Flug-, Höhen-, Platzangst
(Agrophobie) Angst vor Enge (Claustrophobie)

5. Einschneidende Erlebnisse z.B. Scheidung, Arbeitslosigkeit, Tod einer geliebten Person. Bitte
gebe das Geburts - und Todesdatum an und schildere die Beziehung, die Du zur verstorbenen
Person hattest.

www.dein-lebenssinn.ch

Izabella Kljajic - Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich

Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebenssinn.ch

6. Leidest Du unter (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> psychische Erschöpfung |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Energieabfall |
| <input type="checkbox"/> Atemprobleme | <input type="checkbox"/> starke Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hören innerer Stimmen | <input type="checkbox"/> ungutes Gefühl in der Magengegend (wie ein „Boxhieb«) |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> grosse Unruhe (wie gehetzt sein) |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Probleme | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Angst- und/oder Panikanfälle |
| <input type="checkbox"/> Mühe, Blickkontakt zu halten | <input type="checkbox"/> Gefühlen von Traurigkeit und/oder Ängsten,
die nicht konkret benannt werden können |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit Verhaltensveränderung (verminderte
Impulskontrolle, geringe Frustrationstoleranz d.h. schnell gereizt,
aufbrausend etc. was sonst nicht der Fall war). |

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

- 7. Gibt es problematische Situationen/Themenbereiche/Konflikte, die sich wie „ein roter Faden“ durch Dein Leben ziehen? (Kann auch in Gestalt von Personen bzw. Beziehungen sich zeigen. Beispiel: Du gehst immer wieder Partnerschaften ein, die heimlich gelebt werden, weil der Partner verheiratet ist. Dieser „rote Faden“ kann sehr viele Facetten haben, achte also bitte darauf, ob es diesen in irgendeiner Form in Deinem Leben gibt!)**

www.dein-lebensinn.ch

Izabella Kljajic - Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich

Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebensinn.ch

8. **Gibt es Konflikte, mit wichtigen Bezugspersonen? (Elternteile, Partner, Kollegen? Bitte beschreibe Deinen Konflikt/Konflikte mit den wichtigen Bezugspersonen.**

9. **Hattest Du schon einmal Kontakt zu einen Heiler oder Medium (z.B. Reiki) o.ä. gehabt?**

10. **Liegt bei Dir eine Medialität (z.B. Hellsichtigkeit, Hellhören o.ä.) vor?
Wenn ja, welche?**

**Was hast Du bis heute unternommen, um Hilfe, Linderung zu erhalten?
(Bist Du in ärztlicher Behandlung) in einer Therapie? Wenn ja, welche?)**

11. **Nimmst Du regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? (Beispiel: „Blutdrucksenkende Präparate seit Frühjahr 1999“)**

www.dein-lebenssinn.ch

Izabella Kljajic -Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich
Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebenssinn.ch

12. Kurz zusammengefasste Beschreibung Deiner gegenwärtigen Situation aus Deiner Sicht.
Was sind Deine Wünsche?

Bitte sende mir deinen Frage-Anamnesebogen per Email unter info@dein-lebenssinn.ch an mich.

Ich melde mich dann umgehend bei dir!

Deine Daten werden höchstvertraulich zur Vorbereitung einer Beratung behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.

Vielen Dank für dein Vertrauen!

www.dein-lebenssinn.ch

Izabella Kljajic - Kirchenackerweg 29 - 8050 Zürich

Mobile: 079 238 60 46

E-Mail: info@dein-lebenssinn.ch