

**DATEN FÜR DEINE ZELLANALYSE**

VOR UND ZUNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

STRASSE/ HAUSNUMMER \_\_\_\_\_

PLZ, ORT \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

EMAIL ADRESSE \_\_\_\_\_

BLUTGRUPPE \_\_\_\_\_

VORWIEGENDE ART DER FLÜSSIGKEIT/ Liter Tee/ Wasser/ Saft/ Kaffee \_\_\_\_\_

**ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN**

	OFT	GELEGENTLICH	NIE	BEMERKUNGEN
SPORTLICHE BEWEGUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ICH STROTZE VOR ENERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
INNERE UNRUHE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SÜßIGKEITEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RAUCHEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
VEGETARISCHE ERNÄHRUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
FRÜH FÜHLE ICH MICH ZERSCHLAGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Mein letzter Wohnungswechsel liegt \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Wochen zurück.

Die letzte räumliche Veränderung meines Schlafplatzes war vor \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Monaten.

Nahrungsergänzungsmittel \_\_\_\_\_

Schlafkur  ja  nein  
 Schlaflabor  ja  nein

Geopathologische Untersuchung  ja (Monat/ Jahr) \_\_\_\_\_  nein

Isolierungsmaterial im Wohnbereich \_\_\_\_\_

Isolierungsmaterial im Bettbereich  Vollisolierung  Teilisolierung  Keine

Abschirmprodukte gegen \_\_\_\_\_

Art \_\_\_\_\_

In meiner Umgebung sind vorwiegend neue  Fußbodenbeläge  Farben  Fenster  Möbel  
 Im Schlafbereich  im Wohn – und Essbereich  im Arbeitsbereich

Es ist meine 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. \_\_\_\_ Messung

Besonderheiten im Befinden/ seit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testung Nr. \_\_\_\_ auf:  EBZ  EBZ – GROSS  PBV  EBZ – Ernährungsspiegel

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.  
 Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und sind für Dritte nicht zugänglich.  
 Die Auswertung nimmt ausschließlich die Behandelnde vor.

Unterschrift Klient \_\_\_\_\_ Ort/ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift K. Püschel \_\_\_\_\_ Ort/ Datum \_\_\_\_\_