

Wise Lifestyle Beratung

WISE LIFESTYLE LTD | 36 St Dminka Street | Victoria (GOZO) | VCT9030 Malta
Telefon: +49 163 420 6730 | mail@felixscheffel.com | www.felixscheffel.com



Bitte beachten Sie die Haftungsausschluss und Datenschutzhinweise am Ende des Fragebogens!

Fragebogen / Datenblatt:

Name / Vorname: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Geburtszeit _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ Email: _____

Beruf/Arbeit: _____ Empfohlen durch: _____

Bezahlung: Online Buchung PayPal Rechnung

Was sind Ihre Beschwerden/Symptome? _____

Was möchten Sie an Ihrem Leben ändern? _____

Was ist Ihre aktuelle Lebenssituation? (Gesundheit, Job, Beziehung, Familie) _____

Was für Ziele haben Sie im Leben, was möchten Sie unbedingt noch erleben? (Sinn des Lebens)

Was macht Sie glücklich? _____

Was verursacht Stress in Ihrem Leben? _____

Medizinische Diagnose: _____

Welche Behandlungen wurden bis jetzt durchgeführt?: _____

Was haben Sie unternommen, um sich selbst zu heilen?: _____

Gesamt-Stress-Level 0-10 (0 ist überhaupt kein Stress - 10 ist extrem hoher Stress): _____

Einzelne Stress-Level durch:

Krankheit 0-10: ___ Arbeit 0-10: ___ Familie 0-10: ___ Kinder 0-10: ___ Eltern 0-10: ___ Beziehung 0-10: ___
Stress mit sich selbst 0-10: ___ Sexualität 0-10: ___ Geld 0-10: ___ Nervosität 0-10: ___ Erschöpfung 0-10: ___
Wunsch nach Veränderung 0-10: ___ Negativität 0-10: ___ Selbstsabotage 0-10: ___ Selbstwert: 0-10: ___

Probleme mit: Schmerz 0-10: ___ Verdauung 0-10: ___ Herz 0-10: ___ Lunge/Atmung 0-10: ___ Niere 0-10: ___
Leber 0-10: ___ Blase 0-10: ___ Muskeln 0-10: ___ Gehirn 0-10: ___ Nerven 0-10: ___ Nase 0-10: ___ Augen 0-10: ___
Zähne 0-10: ___ Ohren 0-10: ___ Haut 0-10: ___ Gelenke 0-10: ___ Hormone 0-10: ___ Schlaf 0-10: ___
Allergien 0-10: ___ Schweiß 0-10: ___ Speichel 0-10: ___ Schwindel 0-10: ___ Übelkeit 0-10: ___

Größe: _____ Gewicht: _____ Blutdruck: _____ Puls: _____ Blutgruppe: _____

Medikamente / Impfungen: _____

Nahrungsergänzungsmittel: _____

Operationen / entfernte Organe (Zähne) / Organersatz (Zahnfüllungen): _____

Starke Infektionen (im Bett für mehr als eine Woche): _____

Unfälle: _____

Emotionale Traumata (z.B. Trennungen, Todesfälle etc. (Wenn Sie es nicht benennen wollen, bitte einfach die Anzahl der Traumata angeben) _____

Ungelöste mentale & emotionale Themen (Wenn Sie es nicht benennen wollen, bitte einfach die Anzahl der Traumata angeben) _____

Tägliche Gewohnheiten: _____

Zigaretten/Tag: _____ Alkohol/Tag: _____ Kaffee & schwarzer Tee /Tag: _____

Zuckerprodukte/Tag: _____ Wasser/Tag (Liter): _____ Sport & Übungen/Woche: _____

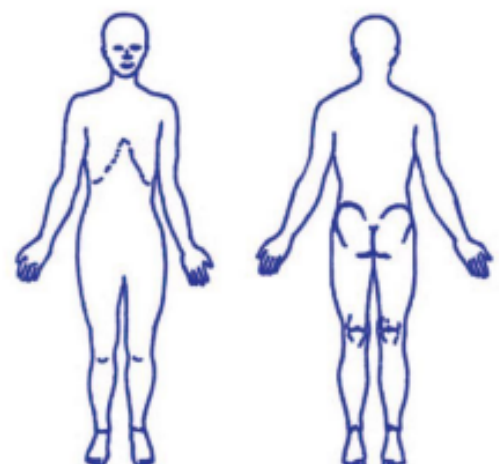
Ernährung (e.g. normal/vegetisch/glutenfrei/vegan/bio): _____

In welchen Situationen /Aktivitäten fühlen Sie sich besser?: _____

In welchen Situationen /Aktivitäten fühlen Sie sich schlechter?: _____

Notizen: _____

Markieren Sie den Schmerzbereich



Haftungsausschluss, rechtlicher Hinweis und Datenschutzhinweise

I. Haftungsausschluss

Achtung: Diese Coaching- und Gesundheitsberatungs-Session dient ausschließlich Informationszwecken und ersetzt keine professionelle medizinische oder psychologische Beratung oder Behandlung. Der Coach/Berater ist kein Arzt oder Psychologe und kann keine medizinischen oder psychologischen Diagnosen stellen. Die Informationen, Ratschläge und Empfehlungen, die Sie während dieser Session erhalten, basieren auf allgemeinen Erkenntnissen und persönlichen Erfahrungen. Es liegt in Ihrer Verantwortung, professionelle medizinische oder psychologische Hilfe bei Bedarf in Anspruch zu nehmen. Der Coach/Berater übernimmt keine Haftung für etwaige Schäden oder Verluste, die sich aus den Informationen oder Ratschlägen während der Session ergeben.

II. Datenschutzhinweise

1. Datenschutz und Vertraulichkeit: Alle von Ihnen bereitgestellten Informationen, einschließlich Ihrer persönlichen Daten, werden vertraulich behandelt. Der Coach/Berater wird Ihre Informationen nicht ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergeben. Die Vertraulichkeit Ihrer Daten wird gemäß den geltenden Datenschutzgesetzen gewahrt.

2. Datenerhebung: Zur Durchführung der Coaching- und Gesundheitsberatungs-Session ist es erforderlich, bestimmte persönliche Informationen von Ihnen zu sammeln, wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Telefonnummer und E-Mail-Adresse. Darüber hinaus kann es notwendig sein, sehr persönliche Informationen zu erheben, die im Zusammenhang mit Ihren Gesundheits- oder Lebensfragen stehen.

3. Audio- und Videoaufzeichnung: Diese Session wird für Sie zur späteren Referenz aufgezeichnet. Die Aufzeichnung kann sowohl Audio- als auch Videoinhalte enthalten.

4. Recht zur Aufbewahrung: Sie erklären sich damit einverstanden, dass der Coach/Berater sowohl die Audio- als auch Videoaufzeichnung Ihrer Session sowie Ihre persönlichen Daten bis zur nächsten Session aufbewahren darf. Sie haben auch das Recht, die Löschung Ihrer Daten und Aufzeichnungen jederzeit zu verlangen.

5. Datenspeicherung: Ihre Daten werden sicher gespeichert und nur so lange aufbewahrt, wie es für die Durchführung der Coaching- und Gesundheitsberatung erforderlich ist. Nach Abschluss der Session werden Ihre Daten und Aufzeichnungen gemäß den geltenden Datenschutzgesetzen sicher verwaltet und können auf Ihren Wunsch hin gelöscht werden.

6. Datensicherheit: Der Coach/Berater ergreift angemessene Maßnahmen, um Ihre Daten und Aufzeichnungen vor unbefugtem Zugriff, Verlust oder Diebstahl zu schützen.

7. Recht auf Zugriff und Löschung: Sie haben das Recht, auf Ihre gespeicherten Daten, Aufzeichnungen und persönlichen Informationen zuzugreifen und diese zu korrigieren, zu löschen oder zu ändern, sofern dies gesetzlich zulässig ist.

Bitte beachten Sie: Diese Datenschutzhinweise gelten nur für diese Coaching- und Gesundheitsberatungs-Session. Wenn Sie Fragen oder Bedenken bezüglich Ihrer Daten oder Aufzeichnungen haben, zögern Sie nicht, den Coach/Berater zu kontaktieren.