

TimeWaver Med – Informationsfeldmedizin

Anhang 1 zum Kundenblatt

Körpergröße / Gewicht	
Familienstand	
Anzahl Kinder	
Erlerner Beruf	
Ausgeübte Tätigkeit	
Hausarzt	
Familiäre Vorerkrankungen (Krebs, Herz-Kreislauf, Diabetes)	
Operationen	
Berufliche Belastungen (körperlich / seelisch)	
Kinderkrankheiten	
Sonstiges (z. B. Zeckenbiss)	

Nehmen Sie Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel?

(Welche und wofür?)

.....

.....

.....

.....

TimeWaver Med – Informationsfeldmedizin

Anhang 2 zum Kundenblatt

	Ja	Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht verloren?		
Haben Sie in letzter Zeit auffallend an Gewicht zugenommen?		
Ist Ihr Schlaf erholsam?		
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten?		
Bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten gegen bestimmte Substanzen wie Fisch, Eier, Milch, Glutamat, Laktose oder Medikamente? Wenn ja, welche?		
Haben Sie oft Kopfschmerzen?		
Haben Sie Probleme mit den Augen? Welche?		
Haben Sie Probleme mit den Ohren? Welche?		
Müssen Sie oft nachts zur Toilette?		
Sind Sie Brillenträger?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher, oder andere Implantate?		

Sonstiges:

.....

.....

.....

.....

.....

.....