

Kd-Nr. _____ | Name _____
 Land, PLZ, Ort, Straße Nr. _____



SYMPTOME | CHECKLISTE

FÜR MÖGLICHE GEOPATHOGENE BELASTUNGEN

Diese Checkliste können Sie gerne gemeinsam mit Ihrem Fachberater oder aber auch alleine ausarbeiten, falls Sie das möchten und dient lediglich dazu, **mögliche geopathogene Belastungen** festzustellen. Sie wurde aufgrund jahrzehntelanger Forschungen von Prof. K. E. Lotz (Mitglied des geobiologischen Forschungskreises e.V. / Dr. Hartmann) erstellt und von Herrn Ing. Wilhelm Mohorn erweitert. Sie ersetzt keinesfalls die Unterstützung durch einen Arzt!

| FACHBERATER DATUM: | | BEFRAGTE DATUM | | | | | |
|--|--|------------------|--|--|--|--|--|
| KUNDEN NR. | | | | | | | |
| Vorname, Nachname | | | | | | | |
| E-Mail-Adresse | | | | | | | |
| Telefonnummer Mobil | | | | | | | |
| Telefonnummer Privat | | | | | | | |
| SCHLAFVERHALTEN | | | | | | | |
| Haben Sie zwischen Mitternacht und 3 Uhr morgens intensive Schlafprobleme? | | | | | | | |
| Haben Sie Alpträume ? | | | | | | | |
| Träumen Sie viel und intensiv? | | | | | | | |
| Schlafen Sie schlecht durch? | | | | | | | |
| Wachen Sie morgens müde auf? | | | | | | | |
| Haben Sie Einschlafstörungen ? | | | | | | | |
| Finden Sie sich am Morgen gekrümmt und zusammengekauert in einer Ecke des Bettes? (sog. „ Fluchtphänomen “) | | | | | | | |
| Ist es Ihnen unangenehm, in Ihrem Bett zu schlafen? | | | | | | | |
| Haben Sie Konzentrationsprobleme ? | | | | | | | |
| Schlafen Sie unruhig ? | | | | | | | |
| Stehen Sie in der Nacht des Öfteren auf? | | | | | | | |
| KÖRPERLICHE SYMPTOME | | | | | | | |
| Haben Sie morgendliche Kopfschmerzen ? | | | | | | | |
| Leiden Sie unter Morgenmigräne ? | | | | | | | |
| Fühlen Sie sich beim Aufwachen wie gerädert und bleiern müde ? | | | | | | | |
| Verspüren Sie Muskelverspannungen bzw. Krämpfe ? | | | | | | | |
| Leiden Sie unter häufiger Übelkeit ? | | | | | | | |
| Haben Sie kalte Füße bzw. Hände ? | | | | | | | |
| Leiden Sie öfters unter Durchblutungsstörungen ? | | | | | | | |
| Haben Sie öfters Kreislaufstörungen ? | | | | | | | |
| Leiden Sie unter chronischen Krankheiten ? | | | | | | | |
| Leiden Sie unter Gefäßkrankheiten ? | | | | | | | |
| Können Sie eine Verstärkung rheumatischer Beschwerden feststellen? | | | | | | | |
| Zeigen sich Symptome von Magen- und Darmerkrankungen ? | | | | | | | |
| Leiden Sie unter Allergien und Hautkrankheiten ? | | | | | | | |
| Zeigen sich bei Ihnen Gelenkschmerzen ? | | | | | | | |

Kd-Nr. _____ | Name _____
 Land, PLZ, Ort, Straße Nr. _____



| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Leiden Sie unter Hormonstörungen ? | | | | | | | |
| Haben Sie Probleme mit Drüsen bzw. Organen ? | | | | | | | |
| Gibt es eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit ? | | | | | | | |
| Wurden bei Ihnen Krebs, Leukämie oder Tumore diagnostiziert? | | | | | | | |
| Wurde bei Ihnen eine unerklärliche Unfruchtbarkeit festgestellt? | | | | | | | |
| Leiden Sie unter Herzrhythmusstörungen ? | | | | | | | |
| Haben Sie häufiger länger andauernde Periodenblutungen ? | | | | | | | |
| Leiden Sie unter Blutarmut (Anämie) ? | | | | | | | |
| Verschwinden Symptome nicht, trotz ärztlicher Behandlung (therapieresistent)? | | | | | | | |

PSYCHISCH bzw. PSYCHOSOMATISCH

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Leiden Sie häufig unter seelischen Problemen und Gemütsschwankungen ? | | | | | | | |
| Haben Sie öfters Depressionen ? | | | | | | | |
| Sind Sie überempfindlich gegen äußere Reize ? | | | | | | | |
| Fühlen Sie sich häufig lustlos und unwohl ? | | | | | | | |
| Sind Sie häufig gereizt ? | | | | | | | |

SONSTIGES

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Wurden bei Ihnen Kindern Entwicklungsstörungen festgestellt? | | | | | | | |
| Erbringt das Kind auffällig schlechte schulische Leistungen ? | | | | | | | |
| Gab es in der Vergangenheit an denselben Schlafplätzen – sowohl darunter als auch darüber – ähnliche vorher genannte Symptome bei anderen Personen ? | | | | | | | |
| Sind an Schlafplätzen – sowohl darunter und darüber – Selbstmordversuche oder -fälle aufgetreten? | | | | | | | |
| Begannen die Symptome erst nach einem Wohnungs- bzw. Schlafplatzwechsel ? | | | | | | | |
| Gab oder gibt es auf den gegebenen Schlafplätzen Probleme mit Bettnässen ? | | | | | | | |

SUMME DER NENNUNGEN

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN ☒

Je mehr Punkte auf dieser Liste angekreuzt wurden desto höher kann die Wahrscheinlichkeit einer geopathogenen Belastung sein.