

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.