

|       |  |          |  |        |  |        |  |
|-------|--|----------|--|--------|--|--------|--|
| Name: |  | Gewicht: |  | Größe: |  | Alter: |  |
|-------|--|----------|--|--------|--|--------|--|

|                 |  |          |  |
|-----------------|--|----------|--|
| Datum:          |  | Berater: |  |
| E-Mail-Adresse: |  | Tel.:    |  |

| X | Meine Probleme  | X | Meine Probleme               | X | Meine Probleme                |
|---|---|---|------------------------------|---|-------------------------------|
|   | Haarausfall   |   | Diabetes Typ 1 ( ) Typ 2 ( ) |   | ADS/ ADHS                     |
|   | Verspannungen   |   | Sodbrennen                   |   | Depressionen                  |
|   | Muskelkrämpfe   |   | Magengeschwür                |   | Parkinson                     |
|   | Kopfschmerzen   |   | Nierensteine                 |   | Demenz/ Alzheimer             |
|   | Migräne   |   | Gallensteine                 |   | Abgeschlagen/ Müdigkeit       |
|   | Zahnfleischbluten   |   | Osteoporose                  |   | Gereiztheit                   |
|   | Parodontitis  |   | Prostatabeschwerden          |   | Ängste                        |
|   | Karies  |   | Restless-Legs                |   | Arthrose                      |
|   | Bindegewebsschwäche                                       |   | Wechseljahresbeschwerden     |   | Gelenkprobleme                |
|   | Neurodermitis   |   | Schlafstörungen              |   | Bandscheibenvorfall           |
|   | Schuppenflechte   |   | Übergewicht                  |   | Multiple Sklerose             |
|   | Ekzeme  |   | Rheuma                       |   | Hashimoto                     |
|   | Rosazea   |   | Fibromyalgie                 |   | Basedow                       |
|   | Pilze (innerlich)   |   | Asthma (Allergisch)          |   | Andere Autoimmunerkrankungen: |
|   | Pilze (äußerlich)   |   | Asthma (Belastung)           |   |                               |
|   | Herz-/ Kreislaufprobleme                                  |   | COPD                         |   |                               |
|   | Herzrhythmusstörungen                                     |   | Krebs                        |   |                               |
|   | Niedriger Blutdruck                                       |   | Allergien                    |   | Schilddrüsenüberfunktion      |
|   | Hoher Blutdruck. Wert ohne Medikamente: /                 |   | Heuschnupfen                 |   | Schilddrüsenunterfunktion     |
|   |   |   | Lebensmittelallergie         |   | Reizdarm                      |
|   | Arteriosklerose   |   | Hausstaub-Allergie           |   | Colitis Ulcerosa              |
|   | Cholesterin zu hoch                                       |   | Tierhaar-Allergie            |   | Morbus Chron                  |
|   | Immunschwäche   |   | Fructose-Intoleranz          |   | Laktose-Intoleranz            |
|   | Impfschaden   |   | Gicht                        |   | Sonstige Beschwerden:         |
|   | Organtransplantation                                      |   | Kürzlich OP                  |   |                               |
|   | Ich fühle mich extrem gestresst                           |   |                              |   |                               |
|   | Ich fühle ständige Unruhe                                 |   |                              |   |                               |
|   | Ich bin total verspannt und kann nicht richtig abschalten |   |                              |   |                               |
|   | Ich fühle mich nach der Nacht nicht erholt                |   |                              |   |                               |
|   | Ich kann mich kaum konzentrieren und bin oft vergesslich  |   |                              |   |                               |
|   | Ich kann beim Sport nicht mehr so viel Leistung abrufen   |   |                              |   |                               |

Selbstverständlich werden Ihre Daten streng vertraulich behandelt und nur zur reinen Konzeptanalyse genutzt. Nach der Auswertung erhalten Sie den Bogen zurück, bzw. er wird gemäß DSGVO vernichtet

*Gib dem Körper was er braucht und er zeigt Dir was er kann®*

# Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung



Von

Herrn / Frau: .....

Anschrift: .....

Ich bin einverstanden, dass meine Daten der Befindlichkeitsanalyse zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Kontaktaufnahme und Unterbreitung eines Vorschlages/Angebotes, zur Dokumentation und Besprechung mit Spezialisten.

Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an Dritte Prozessbeteiligte weitergegeben oder elektronisch via Fax, E-Mail, Briefpost übermittelt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke, erhobenen persönlichen Daten meiner Person, unter Beachtung des DSGVO verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgen.
- ich Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

..... < die ausgebende Person dieses Zettel / diesen Veranstalter > .....

Im Falle des Widerrufs, werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang meiner Willenserklärung gelöscht. Etwaige involvierte Dritte werden angehalten meine Daten unverzüglich zu löschen.

Die Informationen „zum **Datenschutz/-Verarbeitung**“ habe ich gelesen und verstanden.

.....

Ort, Datum Unterschrift

*Gib dem Körper was er braucht und er zeigt Dir was er kann®*