

# Bewerbung

um einen Einzelsitzungs-Termin bei Norbert Glaab

Norbert Glaab diagnostiziert keine Krankheiten und behandelt keine Symptome. Die Einzelsitzung bei ihm hat zum Zweck, sämtliche Lebenssituationen in der Vergangenheit so aufzuarbeiten, dass beim Gedanken daran keine vegetativen Reaktionen mehr auftreten.

Das Resultat ist ein stark verbessertes Lebensgefühl, das sich in der Regel auch positiv auf die Therapie psychischer und körperlicher Krankheiten auswirkt. Norbert Glaab arbeitet eng mit Ärzten und Psychotherapeuten zusammen und behält sich das Recht vor, Klienten im Bedarfsfall an Spezialisten zu verweisen. Fragen betreffend Ausfüllen? Telefon 07127 925 923

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße/Nr.	<input type="text"/>	Telefon privat:	<input type="text"/>
Land/Postleitzahl:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		

In welchem Ort aufgewachsen? (falls mehrere Orte, bitte alle erwähnen inkl. Jahr des Umzugs)

Bei wem aufgewachsen? (Eltern, Pflegeeltern, Großeltern)

Vater	Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> lebt noch	gestorben am:	<input type="text"/>	Todesursache:	<input type="text"/>

Mutter	Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> lebt noch	gestorben am:	<input type="text"/>	Todesursache:	<input type="text"/>

Geschwister Anzahl:

1. Geschwister	geb.:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> lebt noch	gestorben am:	<input type="text"/>	Todesursache:	<input type="text"/>		

2. Geschwister	geb.:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> lebt noch	gestorben am:	<input type="text"/>	Todesursache:	<input type="text"/>		

3. Geschwister geb.:  Vorname:  Beruf:

lebt noch      gestorben am:  Todesursache:

4. Geschwister geb.:  Vorname:  Beruf:

lebt noch      gestorben am:  Todesursache:

(für weitere Geschwister bitte separates Blatt einfügen)

Sind Ihnen Fehlgeburten oder Abtreibungen bekannt seitens Ihrer Mutter?

Gibt es bei Ihren Vorfahren besondere Vorkommnisse, die Ihnen bekannt sind? (Hat zum Beispiel eines Ihrer Eltern einen Elternteil oder ein Geschwister früh verloren? Gab es Selbstmorde, Depressionen, mysteriöse Todesfälle?)

### Lebenspartner

Vorname des heutigen Lebenspartners/ der heutigen Lebenspartnerin:

verheiratet?  Seit wann sind Sie ein Paar?

Vornamen der früheren Partnerinnen/Partner:

<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>
<input type="text"/>	von wann bis wann?	<input type="text"/>	Verhältnis heute?	<input type="text"/>

(für weitere Partner bitte separates Blatt einfügen)

### Kinder

Vorname:  Geburtsdatum:  Bemerkungen:

Vorname:  Geburtsdatum:  Bemerkungen:

Vorname:  Geburtsdatum:  Bemerkungen:

Vorname:  Geburtsdatum:  Bemerkungen:

(für weitere Kinder bitte separates Blatt einfügen)

Gab es bei Ihnen oder einer Ihrer Partnerinnen Fehlgeburten oder Abtreibungen?

Personen, von denen Sie verletzt oder enttäuscht worden sind (Vorname und ungefähre Jahreszahl genügen):

Wie haben Sie die Schulzeit erlebt? (glücklich? nicht so glücklich?)

Gab es Lehrer oder Lehrmeister, von denen Sie enttäuscht oder verletzt worden sind? (Name? Jahr?)

Gehören oder gehörten Sie einer religiösen Gruppierung an?

Sind daraus irgend welche Probleme entstanden?

Gab es in Ihrem Leben Unfälle, Schicksalsschläge, Todesfälle von nahestehenden Personen?

Hatten Sie schwerwiegendere Krankheiten? (Was? wann? heute geheilt?)

Waren Sie schon bei Psychologen, Psychiatern, Ärzten, Heilpraktikern? (Wann? Für welche Störung?)

Sind Sie schon einmal operiert worden? (Was? Wann? Mit oder ohne Vollnarkose? Gab es Komplikationen?)

Nehmen Sie Medikamente oder haben Sie früher welche genommen? (Was? Wann? Für was?)

### Heutiges Befinden

Fühlen Sie sich oft

<input type="checkbox"/> traurig	<input type="checkbox"/> deprimiert	<input type="checkbox"/> ärgerlich	<input type="checkbox"/> gestresst	<input type="checkbox"/> wütend
<input type="checkbox"/> voller Angst	<input type="checkbox"/> schuldig	<input type="checkbox"/> machtlos	<input type="checkbox"/> hilflos	<input type="checkbox"/> unter Druck
<input type="checkbox"/> orientierungslos	<input type="checkbox"/> unsicher			

Empfinden Sie sich selbst als schön und liebenswert?  ja  nein  es geht so

Können Sie sich selbst verwöhnen?  ja  nein  es geht so

Welche Bereiche Ihres Lebens bedürfen dringend der Verbesserung?

<input type="checkbox"/>	Gesundheit
<input type="checkbox"/>	Selbstsicherheit
<input type="checkbox"/>	Kommunikation
<input type="checkbox"/>	Beziehungen
<input type="checkbox"/>	Berufliche Situation
<input type="checkbox"/>	Wohn-Situation
<input type="checkbox"/>	Finanzen
<input type="checkbox"/>	Hobbys / Freizeit
<input type="checkbox"/>	anderes <input type="text"/>

Möchten Sie eine schlechte Gewohnheit loswerden?

Möchten Sie eine Phobie loswerden? (Konkrete Angst vor Hunden, Schlangen, Spinnen, Mäusen, Fahrstühlen, Tunnels, Höhenangst, Platzangst, Flugangst)

### Körperliche Störungen

Verdauungsbeschwerden? (Hang zu Verstopfung? Hang zu Durchfall?)

Rückenschmerzen? (Welcher Bereich des Rückens?)

Verspannte Schultern?

Kniebeschwerden?

Kopfweg/Migräne?

Schlafbeschwerden? (Einschlafen oder Durchschlafen?)

Allergien?

Chronische Müdigkeit?

Unerklärliche Muskelschmerzen?

(bei Frauen) Monatsbeschwerden oder PMS?

Haben Sie Amalgam-Füllungen in den Zähnen? Wie viele?

Wurden Ihnen Amalgam-Füllungen entfernt?

Tragen Sie Kronen?

Wurde eine Wurzelbehandlung durchgeführt?

Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen?

### Ziele

Was möchten Sie mit dieser Sitzung in erster Linie erreichen? (Weitere Ziele bitte auf Rückseite notieren)

Bitte einsenden an: Norbert Glaab, Mörikestr. 30, D-72667 Schlaitdorf