

Persönliche Archetypen-Auswertung

Vor- und Nachname: _____

Adresse, Wohnort: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Genauere Geburtszeit: _____

Körperliche Schwachstelle(n):

- | | | | | |
|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Nacken | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Arme/Hände | <input type="checkbox"/> Knie |
| <input type="checkbox"/> Kreislauf | <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Geschlechtsorgane |
| <input type="checkbox"/> Immunsystem | <input type="checkbox"/> Nägel | <input type="checkbox"/> Augen | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Blase |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Füße |
| <input type="checkbox"/> Venen | <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> Lymphe | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlen |
| <input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | | |

Aktuelle körperliche Symptome (bitte detailliert beschreiben):

Mentales, emotionales Empfinden (bitte ankreuzen und kurz beschreiben):

- Ängste: _____
- Sorgen: _____
- Mangelndes Selbstbewusstsein: _____

Konflikte in (bitte ankreuzen und kurz beschreiben):

- Partnerschaft: _____
- Familie: _____
- Beruf: _____
- Bildung: _____
- soziale Kontakte: _____
- wirtschaftliche Existenz: _____
- Vergangenheit/Trauma: _____
- innere Unabhängigkeit: _____
- sonstige: _____

Bitte schätzen Sie sich bezüglich den untenstehenden Eigenschaften ein.

1 = wenig ausgeprägt, 5 = ausgeprägt

Konfliktfähigkeit	1	2	3	4	5
Beziehungsfähigkeit	1	2	3	4	5
Durchsetzungsvermögen	1	2	3	4	5
Kommunikationsfähigkeit	1	2	3	4	5
Übermässige Fürsorge für andere	1	2	3	4	5
Eigenverantwortung	1	2	3	4	5
Mentale Belastbarkeit	1	2	3	4	5
Empathie & Ausdruckskraft	1	2	3	4	5
Loslösen aus Abhängigkeiten	1	2	3	4	5
Optimismus	1	2	3	4	5
Pflichtbewusstsein	1	2	3	4	5
Intuition	1	2	3	4	5
Verantwortungsgefühl für andere	1	2	3	4	5

Aktuelle psychische Symptome (bitte detailliert beschreiben):

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____

Tel: _____ Mail: _____

Bitte ausgefüllten Fragebogen an manuela@drogerie-solaris.ch senden oder in der Drogerie abgeben. Ihre persönlichen Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.