

Fragebogen zum Buch



Gabi Ganser
Lebensessenzen
Atmen, essen, sich bewegen und die Vögel pfeifen lassen
Ein Ratgeber
1. Auflage 2018
224 Seiten
über 50 Abbildungen
Softcover, 17 x 24 cm
ISBN 978-3-943324-63-1
€ 49,95

Welche Funktionskreise sollten im Moment bei mir besonders unterstützt werden?

Für eine erste Orientierung kann die Auswertung des Fragenkatalogs Hinweise darauf geben, welche Funktionskreise im Moment Bedarf an Energie und Balance anzeigen.

- Erster Schritt: Wenn Sie eine Frage für sich mit „Ja“ beantworten bzw. eine Aussage als zutreffend bewerten, markieren Sie bitte alle Farbfelder in der entsprechenden Zeile. Fragen, die Sie unbeantwortet lassen, bleiben unmarkiert.
- Zweiter Schritt: Zählen Sie in jeder Spalte die von Ihnen markierten Farbfelder (Funktionskreise) zusammen und tragen Sie die Anzahl in das entsprechende Kästchen ein. **Die beiden Funktionskreise mit den meisten Nennungen bedürfen im Moment der intensivsten Unterstützung.**

Unter dem jeweiligen Ergebnis finden Sie den Hinweis auf das Kapitel des Buches, in dem Sie nun weiterlesen können. Integrieren Sie die Empfehlungen in Ihren Alltag, vor allem die der genannten Nahrungsmittel (Gemüse- und Obstsorten, Kräuter, Getreide und Hülsenfrüchte), und halten Sie sich mindestens 6 Wochen bis 6 Monate oder länger daran. Lassen Sie Ihrem Organismus Zeit!

Nach der Erfahrung der Autorin können leichte Beschwerdebilder in dieser Zeit schon eine deutliche Linderung bzw. Heilung erfahren, chronische Beschwerdebilder zumindest eine Besserung.

- Dritter Schritt: Verspüren Sie (deutliche) Veränderungen? Wenn Sie jetzt den Fragebogen erneut durchgehen, zeigt das Ergebnis, dass vielleicht ein anderer Funktionskreis Bedarf an Energiezufuhr und Balance zeigt. An der Dynamik des Lebens sind ja alle Funktionskreise beteiligt.

Variieren Sie Ihren Speiseplan mit den nun empfohlenen Nahrungsmitteln oder lassen Sie andere weg. Wieder werden Sie Veränderungen an sich wahrnehmen.

Ziel ist die Stärkung des Stoffwechsels und die Stabilisierung der Substanz, wie sie mittels B.I.A.-Messung dargestellt werden kann. Verbessert sich die Substanz, erhöht sich auch die Puffer- und Regulationskapazität der Stoffwechselmechanismen und wirkt sich positiv auf Resilienz und Widerstandskraft gegenüber Umweltfaktoren aus.

Bestehen Symptome fort, bedarf es der ärztlichen Abklärung und therapeutischen Begleitung oder/und professionellen Coaching-Begleitung. Dieser Fragebogen ersetzt keinen Arzt.



		FK Lunge/Dickdarm	FK Milz/Magen	FK Herz/Dünndarm	FK Niere/Blase	FK Leber/Gallenblase	FK Perikard/Dreifach-Erwärmer
1.	Leiden Sie unter Abwehrschwäche/Infektanfälligkeit?						
2.	Leiden Sie unter Heuschnupfen/Allergien?						
3.	Kennen Sie Halsbeschwerden außerhalb einer normalen Erkältung?						
	a. Kloß im Hals						
	b. Trockener Hals						
4.	Neigen Sie zu Beschwerden im Mund- und Rachenraum?						
	a. Mund- und Rachentrockenheit						
	b. Mundtrockenheit besonders nachmittags						
	c. Mundtrockenheit besonders am Abend und nachts						
	d. Erosionen und Geschwüre und/oder „bitterer“ Mundgeschmack						
	e. „Fad-süßer“ Mundgeschmack						
	f. „Schlechter“ Mundgeschmack bzw. Mundgeruch						
5.	Wie steht es um Ihren Appetit?						
	a. Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?						
	b. Haben Sie gesteigerten/übermäßigen Appetit, Heißhunger?						
	c. Leiden Sie an Appetitschwankungen?						
	d. Kennen Sie Heißhunger auf Süßes?						
6.	Bevorzugen Sie nur warme oder nur kalte Speisen und Getränke?						
7.	Empfinden Sie Ihr Durstgefühl als ...						
	a. extrem?						
	b. erhöht?						
	c. zu wenig?						
8.	Welche Geschmacksrichtung bevorzugen Sie?						
	a. Süß						
	b. Sauer						
	c. Bitter						
	d. Scharf						
	e. Salzig						
	f. Oder leiden Sie unter Geschmacksverlust?						
9.	Sind Sie geruchsempfindlich gegenüber Zigarettenrauch oder Kaffeegeruch?						
10.	Fühlen Sie sich manchmal wie aufgedunsen?						
11.	Führen Diäten zu keinem Erfolg?						
12.	Wie ist Ihr Stuhlgang?						
	a. Neigen Sie zu weichen Stühlen?						
	b. Neigen Sie zu Durchfall bei Stress?						
	c. Neigen Sie zu Verstopfung?						
	d. Wechseln sich Durchfall und Verstopfung ab?						
13.	Leiden Sie an ...						
	a. hohem Blutdruck?						
	b. niedrigem Blutdruck?						
14.	Leiden Sie an Blutarmut (Anämie)?						
15.	Leiden Sie immer wieder an Nasenbluten?						



		FK Lunge/Dickdarm	FK Milz/Magen	FK Herz/Dünndarm	FK Niere/Blase	FK Leber/Gallenblase	FK Perikard/Dreifach-Erwärmer
16.	Wie würden Sie Ihr Schlafverhalten beschreiben?						
	a. Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, viele Träume, Alpträume			■			
	b. Schlafwandeln					■	
	c. Schnarchen	■		■			
	d. Zähneknirschen in der Nacht	■	■				
17.	Empfinden Sie Konzentrationsschwäche?		■	■	■		
18.	Verspüren Sie Antriebslosigkeit?		■		■	■	
19.	Empfinden Sie Erschöpfungszustände ...						
	a. hin und wieder?	■					
	b. Sind Sie schnell oder stark erschöpft?				■		
	c. Empfinden Sie ein Burn-out?			■	■		
20.	Störungen im Atemverhalten empfinden Sie als ...						
	a. Atemnot, Kurzatmigkeit	■		■	■		
	b. schnelle und oberflächliche Atmung				■		
	c. Asthma	■			■		
21.	Wie ist Ihre Gesichtsfarbe?						
	a. Blass	■		■		■	
	b. Gerötet			■		■	
	c. Glanzlos					■	
22.	Wie sehen Ihre Lippen aus?						
	a. Blass			■			
	b. Bläulich			■			
	c. Sehr rot		■				
23.	Sind Ihre Augen ...						
	a. gerötet, juckend, licht- oder windempfindlich oder nachtblind?					■	
	b. Haben Sie häufigen Lidschlag?			■			
24.	Leiden Sie unter erhöhtem Augendruck oder Glaukom (grüner Star)?					■	
25.	Haben Sie dunkle Augenringe?				■		
26.	Wie steht es um Ihr Gehör?						
	a. Empfinden Sie Hörminderung?				■		
	b. Leiden Sie an Tinnitus?				■	■	
	c. Leiden Sie an Morbus Menière (Innenohr-Erkrankung)?					■	
27.	Neigen Sie zu Nervosität?			■	■	■	
28.	Wie würden Sie Ihr Gemüt beschreiben?						
	a. Ängstlich, schreckhaft			■	■		■
	b. Dünnhäutig, leicht verletzlich					■	
	c. Gereizt, manchmal aggressiv					■	
	d. Ungeduldig, streitsüchtig					■	
	e. Launisch, wechselhaft					■	
	f. Zurückgezogen					■	
	g. Übertrieben vorsichtig						■



		FK Lunge/Dickdarm	FK Milz/Magen	FK Herz/Dünndarm	FK Niere/Blase	FK Leber/Gallenblase	FK Perikard/Dreifach-Erwärmer
29.	Wie ist Ihre Stimme/Sprechweise?						
	a. Laut					■	
	b. Leise, rau	■					
	c. Sprechen Sie sehr schnell? Sehen Sie sich als Plappermaul oder redefault?			■			
30.	Haben Sie öfter Schluckauf?		■			■	
31.	Verspüren Sie existenzielle Ängste?				■		
32.	Neigen Sie zu ...						
	a. Depressionen?			■	■	■	
	b. Frustrationsgefühlen?					■	
	c. Grübeleien?	■	■				
33.	Leiden Sie unter dem sogenannten Helfersyndrom?	■	■				
34.	Frieren Sie leicht?	■	■				
35.	Neigen Sie zu Harnwegsinfekten?				■		
36.	Neigen Sie zu Problemen an Händen und Füßen, wie z.B. ...						
	a. ständig kalten Füßen?		■				
	b. Taubheitsgefühl, eingeschlafenen oder kribbelnden Gliedmaßen?					■	
	c. heißen Füßen?			■	■	■	
	d. Hitzeempfinden an Hand- und Fußflächen?	■			■		
37.	Leiden Sie an ...						
	a. Haarausfall (Kopfhaare)?				■		
	b. brüchigem, trockenem Haar?					■	
38.	Kennen Sie Nagelprobleme?						
	a. Brüchige, trockene Nägel					■	
	b. Nagelzyanose (bläulich gefärbte Nägel)			■			
	c. Nagelpilz				■	■	
39.	Kennen Sie ...						
	a. rote und trockene Haut?	■					
	b. Hautblutungen, vermehrt blaue Flecken, Juckreiz bzw. Brennen der Haut oder rissige, schuppige Haut?	■	■				
	c. Kitzeligkeit?						■
40.	Neigen Sie zu Entzündungen?		■			■	
41.	Ereilt Sie manchmal ein Hexenschuss oder der Ischias-Schmerz?					■	
42.	Leiden Sie unter Gelenkbeschwerden?				■		
43.	Leiden Sie ...						
	a. an Rückenschmerzen allgemein?			■	■		
	b. an Lendenwirbelsäulen-Syndrom?				■	■	
	c. an Halswirbelsäulen-Syndrom?				■	■	
44.	Leiden Sie unter Knieschmerzen, Knieschwäche, Knochenschmerzen, „schlechten“ Zähnen?				■		
45.	Neigen Sie zu Zahnfleischbluten oder Zahnfleischschwellungen?		■				
46.	Neigen Sie zu Schmerzen?				■	■	



		FK Lunge/Dickdarm	FK Milz/Magen	FK Herz/Dünndarm	FK Niere/Blase	FK Leber/Gallenblase	FK Perikard/Dreifach-Erwärmer
47.	Kennen Sie Kopfschmerzen?						
	a. Mittig				■		
	b. Scheitel, Schläfen, rechte Seite		■			■	
	c. Linke Kopfseite	■		■			
	d. Helmdruckartig		■				
	e. Stirnkopfschmerz		■				
	f. Migräne					■	
	g. Haben Sie eine Fehlhaltung des Kopfes?						■
	h. Empfinden Sie Schwere im Kopf?		■				
48.	Neigen Sie zu Muskelkrämpfen und Muskelverspannungen?		■			■	
49.	Für die Frau:						
	a. Neigen Sie zu Störungen im Zusammenhang mit der Menstruation, Schmerzen vor oder während der Menstruation, spärlicher oder verlängerter Blutung, dunkler oder klumpiger Blutung?					■	
	b. Haben Sie Wechseljahrsbeschwerden?			■	■	■	
	c. Leiden Sie unter Infertilität?				■		
	d. Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch?				■	■	
50.	Für den Mann:						
	a. Verspüren Sie Hodenschwellungen?					■	
	b. Leiden Sie an Impotenz/Sterilität?				■		
	c. Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch?				■	■	
Auswertung: Anzahl der Nennungen		■	■	■	■	■	■
Informationen und Tipps finden Sie im Buch „Lebensessenzen“ in Kapitel →		5	6	7	8	9	10