

Nehmen Sie am *Perfect-Health-Programm* teil? JA NEIN

Datum von heute: _____ Programm-Datum: _____

Dieser Geist-Körper-Fragebogen erfasst Informationen über Ihre Grundkonstitution – wie Sie als Kind waren oder welche Grundstrukturen auf den größten Teil Ihres Lebens zutrafen. Wenn Sie als Kind oder Erwachsener erkrankt sind, denken Sie daran, wie es bei Ihnen vor der Erkrankung aussah.

ANWEISUNGEN (bitte sorgfältig durchlesen)

Stufen Sie jedes Merkmal entweder mit **5, 3 oder 1** ein. Verwenden Sie in jeder Zeile jede Zahl einmal (die Gesamtsumme jeder Zeile sollte immer 9 sein).

5 = Trifft am genauesten auf mich zu 3 = trifft auf mich einigermaßen zu 1 = trifft kaum auf mich zu							
BEISPIEL	3	VATA	5	PITTA	1	KAPHA	=9

MERKMALE	VATA	PITTA	KAPHA	
KÖRPERBAU	<input type="checkbox"/> Ich bin dünn, schlaksig und schlank mit vorstehenden Gelenken und dünnen Muskeln.	<input type="checkbox"/> Ich bin von mittlerer, wohl proportionierter Statur mit gutem Muskelaufbau	<input type="checkbox"/> Ich bin von großer, rundlicher oder untersetzter Statur. Meine Körperbau ist breit, stämmig oder korpulent.	=9
GEWICHT	<input type="checkbox"/> GERING - ich vergesse manchmal, etwas zu essen, oder verliere leicht an Gewicht	<input type="checkbox"/> MITTEL – wenn ich es darauf anlege, fällt es mir leicht zu- oder abzunehmen.	<input type="checkbox"/> SCHWER – ich nehme leicht zu und habe Schwierigkeiten abzunehmen.	=9
AUGEN	<input type="checkbox"/> Meine Augen sind klein und lebhaft.	<input type="checkbox"/> Ich habe einen durchdringenden Blick	<input type="checkbox"/> Ich habe große, freundliche Augen	=9
TEINT	<input type="checkbox"/> Meine Haut ist trocken, rau oder dünn.	<input type="checkbox"/> Meine Haut ist warm, rötlich und neigt zu Reizungen.	<input type="checkbox"/> Meine Haut ist dick, feucht und glatt.	=9
HAAR	<input type="checkbox"/> Mein Haar ist trocken, brüchig oder wuschelig.	<input type="checkbox"/> Mein Haar ist fein und neigt dazu, früh dünner oder grau zu werden.	<input type="checkbox"/> Ich habe üppiges, kräftiges und fettiges Haar.	=9
GELLENKE	<input type="checkbox"/> Meine Gelenke sind dünn und vorstehend und knacken leicht.	<input type="checkbox"/> Meine Gelenke sind locker und beweglich.	<input type="checkbox"/> Meine Gelenke sind kräftig, gut miteinander verbunden und gepolstert.	=9
SCHLAFRHYTHMUS	<input type="checkbox"/> Ich habe einen leichten Schlaf und neige dazu, leicht wieder aufzuwachen.	<input type="checkbox"/> Ich schlafe recht fest und brauche normalerweise weniger als 8 Stunden, um mich ausgeruht zu fühlen.	<input type="checkbox"/> Mein Schlaf ist tief und lang. Morgens wache ich nur langsam auf.	=9
KÖRPER-TEMPERATUR	<input type="checkbox"/> Ich habe normalerweise kalte Hände und Füße und ziehe warme Umgebungen vor.	<input type="checkbox"/> Mir ist üblicherweise warm, unabhängig von der Jahreszeit, und ich ziehe kühlere Umgebungen vor.	<input type="checkbox"/> Ich kann mich an die meisten Temperaturen anpassen, mag aber keine kühlen und nassen Tage.	=9
TEMPERAMENT	<input type="checkbox"/> Ich bin von Natur aus lebhaft und enthusiastisch. Ich möchte verändern.	<input type="checkbox"/> Ich bin zielgerichtet und intensiv. Ich möchte überzeugen.	<input type="checkbox"/> Ich bin gelassen und nehme die Dinge, wie sie sind. Ich möchte unterstützen.	=9
BEI STRESS	<input type="checkbox"/> ... werde ich ängstlich / besorgt.	<input type="checkbox"/> ... werde ich gereizt / aggressiv.	<input type="checkbox"/> ... ziehe ich mich zurück.	=9
SUMME	SUMME VATA	SUMME PITTA	SUMME KAPHA	=90

Hinweis: Jede Zeile sollte insgesamt 9 ergeben. SUMME VATA, SUMME PITTA und SUMME KAPHA sollten insgesamt 90 ergeben.

VIKRUTI SUBDOSHA
FRAGEBOGEN ZU
KRANKHEITSZUSTÄNDEN



VATA

Überhaupt nicht	Etwas / gelegentlich	Sehr oft
-----------------	----------------------	----------

Name: _____

Programm-Datum: _____

Datum von heute: _____

Alter: _____

Geschlecht: M W

Mit diesen Fragen soll Ihre aktuelle Lebenssituation erfasst werden, einschließlich Belastungen, Krankheiten oder Veränderungen in Ihrem Leben in der letzten Zeit. Gehen Sie bei der Beantwortung von dem aus, was in den vergangenen Wochen und Monaten auf Sie zutraf.



GEIST	Überhaupt nicht	Etwas / gelegentlich	Sehr oft
1. Ich habe in letzter Zeit Schwierigkeiten, klar zu denken oder mich zu konzentrieren.	1	3	5
2. Ich fühle mich in letzter Zeit überfordert, mache mir Sorgen oder habe Angst.	1	3	5
3. Mein Leben ist in letzter Zeit turbulent und chaotisch.	1	3	5
4. Ich habe in letzter Zeit neue Projekte angefangen, aber es fällt mir schwer, sie zu Ende zu bringen.	1	3	5
5. Ich schlafe in letzter Zeit nur schwer ein und wache leicht wieder auf.	1	3	5
6. Es fällt mir in letzter Zeit schwer, Entscheidungen zu treffen.	1	3	5
7. Es fällt mir in letzter Zeit schwer, Zusagen oder Verpflichtungen einzuhalten.	1	3	5
8. Ich fühle mich in letzter Zeit unruhig, wenn ich nicht laufend in Bewegung bin.	1	3	5
9. Ich handle in letzter Zeit impulsiv und inkonsequent.	1	3	5
10. Ich bin in letzter Zeit vergesslicher als sonst.	1	3	5
KÖRPER			
11. Ich habe in letzter Zeit eine trockene Kehle, muss mich häufig räuspern oder habe einen trockenen Husten.	1	3	5
12. Ich habe in letzter Zeit nach den Mahlzeiten Blähungen, Krämpfe oder ein Völlegefühl.	1	3	5
13. Mein Appetit ist in letzter Zeit wechselhaft.	1	3	5
14. Ich leide in letzter Zeit unter chronischen Schmerzen.	1	3	5
15. Meine Haut ist in letzter Zeit trocken oder schuppig.	1	3	5
16. Mein Stuhlgang ist in letzter Zeit hart und trocken oder unregelmäßig.	1	3	5
17. Männer: Ich habe in letzter Zeit Schwierigkeiten, sexuell erregt zu werden, eine Erektion aufrechtzuerhalten oder einen Orgasmus zu haben. Frauen: Meine Menstruation ist in letzter Zeit unangenehm oder unregelmäßig oder ich leide in letzter Zeit unter Vaginaltrockenheit.	1	3	5
18. Wenn ich schnell aufstehe, ist mir in letzter Zeit häufig schwindlig.	1	3	5
19. Meine Hände und Füße sind in letzter Zeit unangenehm kalt.	1	3	5
20. Ich habe in letzter Zeit Muskelzucken, Krämpfe oder Herzklopfen.	1	3	5

PUNKTZAHL VATA GEIST NR. 1-10 ____ PUNKTZAHL VATA KÖRPER NR. 11-20 ____

Überhaupt nicht	Etwas / gelegentlich	Sehr oft
-----------------	-------------------------	----------

Name: _____

Programm-Datum: _____



GEIST

1. Ich fühle mich in letzter Zeit unzufrieden mit meinem Leben.	1	3	5
2. Ich bin in letzter Zeit ablehnend und kritisch gegenüber anderen.	1	3	5
3. Ich bin in letzter Zeit eifersüchtig auf andere.	1	3	5
4. Ich ärgere mich in letzter Zeit schnell über andere und zeige das auch.	1	3	5
5. Ich bin in letzter Zeit gereizt und verliere schnell die Geduld.	1	3	5
6. Ich bin in letzter Zeit zwanghaft; ich kann nicht mehr aufhören, wenn ich etwas angefangen habe.	1	3	5
7. Ich bin in letzter Zeit rechthaberisch und starrsinnig und äußere meine Meinung, auch wenn sie nicht gefragt ist.	1	3	5
8. Ich bin in letzter Zeit von anderen Menschen enttäuscht worden.	1	3	5
9. Ich habe in letzter Zeit das Gefühl, immer besser als andere sein zu müssen.	1	3	5
10. Ich grübele in letzter Zeit über frühere Situationen nach.	1	3	5

KÖRPER

11. Mir ist in letzter Zeit laufend heiß oder ich habe Hitzewallungen.	1	3	5
12. Ich habe in letzter Zeit häufig Kopfschmerzen, verbunden mit Lichtempfindlichkeit oder Sehstörungen.	1	3	5
13. In letzter Zeit jucken meine Augen oder sind gereizt, gerötet oder wässrig.	1	3	5
14. Ich habe in letzter Zeit mehr als zweimal am Tag Stuhlgang.	1	3	5
15. Mein Appetit ist in letzter Zeit außerordentlich stark.	1	3	5
16. Ich habe in letzter Zeit Sodbrennen oder ich habe ein Geschwür.	1	3	5
17. Ich spüre in letzter Zeit die Ansammlung von Giftstoffen (aus Lebensmitteln, Luft, Wasser, Alkohol, Zigaretten oder Drogen) in meinem System.	1	3	5
18. Man hat in letzter Zeit bei mir eine Lebererkrankung diagnostiziert.	1	3	5
19. Man hat in letzter Zeit bei mir Bluthochdruck oder eine Erkrankung der Herzkranzgefäße diagnostiziert.	1	3	5
20. In letzter Zeit juckt meine Haut, ist gereizt und neigt zu Ausschlag oder man hat bei mir eine entzündliche Hauterkrankung diagnostiziert.	1	3	5

Überhaupt nicht	Etwas / gelegentlich	Sehr oft
-----------------	----------------------	----------

Name: _____

Programm-Datum: _____



GEIST

1. Auf Konflikte habe ich in letzter Zeit mit Rückzug reagiert.	1	3	5
2. In meinem Leben hat sich in letzter Zeit viel Müll angesammelt.	1	3	5
3. Ich wehre mich in letzter Zeit gegen Änderungen an meiner Routine.	1	3	5
4. Es ist mir in letzter Zeit schwer gefallen, eine Beziehung oder eine Arbeitsstelle aufzugeben oder eine Situation zu beenden, obwohl sie mir nichts mehr bringt.	1	3	5
5. Ich mache mir in letzter Zeit Sorgen wegen meines Kurzzeitgedächtnisses.	1	3	5
6. Es fällt mir in letzter Zeit schwer, regelmäßig Sport oder Gymnastik zu treiben, obwohl ich mir vorgenommen habe, körperlich aktiver zu werden.	1	3	5
7. Ich esse in letzter Zeit eher, um ein Gefühl zu befriedigen als aus Gründen der Nahrungsaufnahme.	1	3	5
8. Es fällt mir in letzter Zeit schwer, morgens in Gang zu kommen.	1	3	5
9. Ich habe in letzter Zeit kein Vertrauen in meine Fähigkeit, mit Herausforderungen fertig zu werden.	1	3	5
10. Es fällt mir in letzter Zeit schwer, mich von der Vergangenheit zu lösen.	1	3	5

KÖRPER

11. Meine Knöchel schwellen schnell an.	1	3	5
12. Ich bin morgens oft schwerfällig und lethargisch.	1	3	5
13. Ich bin häufig verschleimt.	1	3	5
14. Mir ist nach dem Essen längere Zeit übel oder ich habe längere Zeit nach dem Essen ein Völlegefühl.	1	3	5
15. Ich liege mehr als 5 kg über meinem Idealgewicht.	1	3	5
16. Ich habe hohe Cholesterinwerte oder eine atherosklerotische Herzerkrankung.	1	3	5
17. Ich habe in letzter Zeit Anfälle von Asthma oder Pfeifen beim Ausatmen.	1	3	5
18. Ich schlafe nach Mahlzeiten leicht ein.	1	3	5
19. Ich neige zu erhöhten Blutzuckerwerten.	1	3	5
20. Ich leide häufig unter Verstopfung der Nebenhöhlen oder Atemwegsinfektionen.	1	3	5



Name: _____

Programm-Datum: _____



GESAMTPUNKTE

VATA GEIST	NR. 1-10 _____	VATA KÖRPER	NR. 11-20 ____
PITTA GEIST	NR. 1-10 _____	PITTA KÖRPER	NR. 11-20 ____
KAPHA GEIST	NR. 1-10 _____	KAPPA KÖRPER	NR. 11-20 ____