



## Bewerbung und Vorbereitung eines Einzelsitzungs-Termins mit Holger Jonas

Einzelsitzungen mit Holger Jonas sind für alle, die vergangene Situationen aufarbeiten wollen. Äussere Einflüsse und Gedanken darüber sollen sich nach diesen Sitzungen nicht mehr in unbewußt negative Reaktionen umsetzen. Ziel ist ein besseres Lebensgefühl. Dieses wirkt sich in der Regel positiv auf den Gesamtzustand und eine eventuelle Therapie psychischer und körperlicher „Krankheiten“ aus.

Holger Jonas diagnostiziert keine Krankheiten, behandelt keine Symptome und macht in keiner Weise Heilversprechen. Holger Jonas arbeitet nicht in Bereichen, die Ärzten und Psychotherapeuten vorbehalten sind und er behält sich das Recht vor, Kunden im Bedarfsfall an Spezialisten zu verweisen.

Mehr Platz zum Aufschreiben, bitte einfach ein gesondertes Blatt beifügen. Wollen Sie weitere Fragen zum Ausfüllen dieser Blätter klären: einfach anrufen Telefon Nord 04103 803 85 80 – Telefon Süd 07943 94 20 27.

### Vorname Name

und gegebenenfalls Geburtsname .....

### Straße

Hausnummer .....

### Telefon

privat: .....

### Land

PLZ Ort .....

### persönliche

e-mail Adr. ....

### Geburtsdatum

und Ort .....

### Berufe, erlernt u.

heutige Tätigkeit .....

### In welchem Ort aufgewachsen?

(falls mehrere Orte, bitte alle erwähnen inkl. Jahr des Umzugs) .....

### Bei wem aufgewachsen?

(Eltern, Pflegeeltern, Großeltern) .....

### Mutter

geboren: ..... Beruf: .....

lebt noch

verstorben: ..... Ursache: .....

### Vater

geboren: ..... Beruf: .....

lebt noch

verstorben: ..... Ursache: .....

### Anzahl Geschwister .....

#### 1. Schwester/Bruder

Vorn.: ..... geboren: ..... Beruf: .....

lebt noch

verstorb.: ..... Ursache: .....

#### 2. Schwester/Bruder

Vorn.: ..... geboren: ..... Beruf: .....

lebt noch

verstorb.: ..... Ursache: .....

**3. Schwester/Bruder**

Vorn.: ..... geboren: ..... Beruf: .....

lebt noch  verstorb.: ..... Ursache: .....

**Mehr?** ...bitte auf separatem Blatt

Sind Ihnen **Fehlgeburten oder Abtreibungen** von Ihrer **Mutter** bekannt?

.....

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?)

.....

.....

**Mehr?** ...bitte auf separatem Blatt

Wenn Sie eine **Lebenspartnerin** / einen **Lebenspartner** haben:

**Vorname Name**

und gegebenenfalls Geburtsname .....

**Seit wann** leben Sie **zusammen?** ..... verheiratet? **J / N** Ja? **Seit wann?** .....

**Frühere Partnerinnen/Partner?**

Vornamen	Zeit von bis	Verhältnis heute
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Mehr?** ...bitte auf separatem Blatt

Wenn Sie **Kinder** haben:

Vornamen	Geburtstag	Bemerkungen
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Mehr?** ...bitte auf separatem Blatt

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

.....

.....

Personen, von denen Sie **verletzt oder enttäuscht** worden sind (nur Namen und ungefähre Jahrzahlen)

.....

.....

Wie glücklich haben Sie die **Schulzeit** erlebt? .....

Gab es Herausforderungen mit Lehrern oder Ausbildern. Sind Sie von denen enttäuscht oder verletzt worden?  
(nur Namen und ungefähre Jahrzahlen)

.....

.....

Gehören oder gehörten Sie einer **religiösen Gruppierung** an? .....

Gibt oder gab es durch diese Herausforderungen in Ihrem Leben?

.....

.....

**Glauben Sie:**

...es gibt nur dieses eine Leben  Ja  Nein  Ich weiß nicht

...es gibt immer Wiedergeburten  Ja  Nein  Ich weiß nicht

...es gibt Himmel und Hölle  Ja  Nein  Ich weiß nicht

...es gibt einen himmlischen Richter  Ja  Nein  Ich weiß nicht

...es gibt einen Kreislauf der Reinkarnationen  Ja  Nein  Ich weiß nicht

...es gibt kein richtig und kein falsch: es ist einfach  Ja  Nein  Ich weiß nicht

...es gibt .....

Bemerkungen dazu: .....

Gab es in Ihrem Leben Unfälle, Schicksalsschläge, Nahtodes-Erlebnisse oder Todesfälle von nahestehenden Personen oder Ihnen selbst?

.....

.....

Hatten oder haben Sie **schwerwiegender „Krankheiten“**? (Was? wann? 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?)

.....  
.....

**Wie fühlen Sie sich** in diesem Lebensabschnitt?

Fühlen Sie sich häufig:

- |   |                                     |                                    |   |                                      |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lächerlich     | <input type="checkbox"/> deprimiert | <input type="checkbox"/> ärgerlich | <input type="checkbox"/> gestresst        | <input type="checkbox"/> wütend      |
| <input type="checkbox"/> ängstlich      | <input type="checkbox"/> schuldig   | <input type="checkbox"/> einsam    | <input type="checkbox"/> hilflos          | <input type="checkbox"/> unter Druck |
| <input type="checkbox"/> alleingelassen | <input type="checkbox"/> unsicher   | <input type="checkbox"/> traurig   | <input type="checkbox"/> orientierungslos | <input type="checkbox"/> machtlos    |

Sind Sie schön und liebenswert, wie ist Ihr empfinden?  Ja  Nein  Ich weiß nicht

Können Sie sich selbst verwöhnen und lieben?  Ja  Nein  Ich weiß nicht

Welches sind **die drei wichtigsten Mensch in Ihrem Leben?**

.....  
.....

Wo wollen Sie **jetzt eine Verbesserung erreichen**, wo ist es dringend nötig?

- |  |   |  |   |                                     |
|--|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft | <input type="checkbox"/> Selbstsicherheit | <input type="checkbox"/> Kommunikation | <input type="checkbox"/> Familie                | <input type="checkbox"/> Finanzen   |
| <input type="checkbox"/> Arbeit/Beruf  | <input type="checkbox"/> Wohnumfeld       | <input type="checkbox"/> Liebesleben   | <input type="checkbox"/> Entspannung / Freizeit | <input type="checkbox"/> Gesundheit |
| <input type="checkbox"/> .....         |   |  |   |                                     |

Bemerkungen dazu: .....

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? (Bereich des Rückens?) .....
- Verspannte Schultern? .....
- Kniebeschwerden? .....
- Kopfweg/Migräne? .....
- Schlafbeschwerden? (Ein- oder Durchschlafen?) .....
- Allergien? .....
- Chronische Müdigkeit? .....
- Unerklärliche Muskelschmerzen?  
(bei Frauen) Monatsbeschwerden oder PMS? .....

**Stellen Sie sich vor:** es kommt eine Fee, die Ihnen anbietet, **Sie können alles verändern**, was Sie wollen. Es gibt keine Grenzen und Beschränkungen. Rücksichten sind nicht erforderlich, da die Fee dafür sorgen wird, daß es betroffenen Menschen um Sie herum gut geht. Diese Fee will wissen, wie stark wollen Sie Veränderungen auf einer Skala von eins bis zehn. Eins: es ist alles OK, keine Veränderung. Zehn: fast alles und sofort verändern. Hier ist die Skala der Fee, tragen Sie sich ein:  01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  .....

**Ziele / Wünsche / Träume**

Was möchten Sie mit dieser Sitzung in erster Linie erreichen?

.....

.....

.....

.....

**Mehr?** ...bitte auf separatem Blatt

Diese (von Ihnen auch kopierten) Unterlagen schicken Sie bitte an:  
 Holger Jonas, Neuwerkstraße 13, 22880 Wedel  
 ...Tel-Nord: 04103 803 85 80 –Süd 07943 94 20 27  
 ...www.holgerjonas.com.

Sie erhalten in kurzer Zeit eine Antwort. Selbstverständlich behandle ich Ihre Daten vertraulich und behalte Ihre gesandten Informationen für mich. Danke für Ihr Vertrauen.