

| Persönliche Kundenbefragung Zum Ankreuzen | G-B-M-Analyse IST-Zustand | | Befund 14 bis 21 Tage nach erfolgter „Entstrahlung“ durch G-B-M | | |
|--|------------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| | SIE | ER | unverändert | gelindert | eliminiert |
| ↳ Allgemeine Beschwerden | | | Wird durch G-B-M ausgefüllt | | |
| 01 Müdigkeit | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02 Leistungsabfall | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03 Schlaflosigkeit / Störungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04 Nackenschmerzen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05 Rückenschmerzen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06 Rastlose Beine | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 07 Kreislaufbeschwerden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 08 Durchblutungsstörungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 09 Kalte Füße | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Hoher Blutdruck | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Niedriger Blutdruck | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Kopfschmerzen / Migräne | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Herzrhythmusstörungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Schwindelgefühl | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Atemnot | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Asthma | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Nervenentzündungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 Ohrenentzündungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Augenentzündungen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Rheuma | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Arthritis | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 Arthrose | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 Blasenbeschwerden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 Bettnässen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Nierenbeschwerden | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 Lustlosigkeit | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 Konzentrationsschwierigkeiten | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 Nervosität | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 Gereiztheit | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 Unwohlsein | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 Unruhezustände | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 Innere Unruhe | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 Depressionen | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 Hautekzeme | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 Schweissausbrüche | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |