1. Ваше Имя, мобильный телефон, электронная почта

…………………………………………………………………

…………………………………………………………………

1. Возраст, дата и время рождения

 …………………………………………………………………

1. Работа/ чем занимаетесь?

…………………………………………………………………

1. Увлечения

 …………………………………………………………………

1. Тип питания (традиционное, вегетарианство, веганство, сыроедение)

 …………………………………………………………………

1. Спорт, физнагрузка

 …………………………………………………………………

1. Какой есть опыт оздоровления методами нетрадиционной медицины

(голодание, дыхательные практики, очищение, противопаразитарные чистки, другое)?

 …………………………………………………………………

1. Какими духовные практиками занимаетесь (ранее/ сейчас)?

 ………………………………………………………………

1. Были/ есть опухолевые процессы? Какие?

 ………………………………………………………………

1. Принимали/-ете: гормоны, иммунодепрессанты, антидепрессанты (транквилизаторы)?

 ………………………………………………………………

1. Есть ли психологические расстройства?

 ………………………………………………………………

1. Были ли психологические травмы? Какие?

 ………………………………………………………………

1. Ваша цель консультации ?

 ………………………………………………………………

1. Ознакомились ли Вы подробно с моим сайтом valeolga.ru? ………………………………………………………………
2. Настроены ли Вы серьёзно работать для достижения желаемого результата?

 ………………………………………………………………

1. Откуда вы узнали о Щербань Ольге?

 ......................................................................................