

Soziales Wohlbefinden

Familienbande

A1. Wissen und fühlen Sie sich von Ihren Eltern erwünscht?

- Ja Nein – Was war der Grund?

A2. Fühlten Sie sich in Ihren ersten zwölf Jahren innerhalb der Familie sicher?

- Ja Nein – Was war der Grund?

A3. Führten Ihre Eltern eine gute Ehe?

- Ja zufriedenstellend Nein – Was war der Grund?

A4. Haben sich Ihre Eltern jemals scheiden lassen?

- Nein Nein, aber man fühlte die Drohung.
 Ja – Was war der Grund?

A5. Ist innerhalb Ihrer Familie die Rede von zerstörten Beziehungen?

- Nein Ja, aber ich kenne den Grund nicht.
 Ja – Was war der Grund?

A6. Erkennen Sie Gefühle der Bitterkeit, Rache, des Hasses oder Nicht-vergeben-Könnens gegenüber Familienmitgliedern, die Ihnen wehgetan haben?

- Nein Ja – Notieren Sie die Namen, denen Sie noch vergeben sollten:

Freundschaftsbande

B1. Sind Sie imstande, Freundschaften zu schließen?

- Ja Nein – Woran liegt es?

B2. Sind Sie von Freunden enttäuscht worden?

- Nein Ja – Woran lag es?

B3. Hatten Sie Freunde, die einen schlechten Einfluss auf sie ausübten?

- Nein Ja – Dies sind die schlechten Einflüsse:

B4. Erkennen Sie Gefühle der Bitterkeit, Rache, des Hasses oder Nicht-vergeben-Könnens gegenüber Freunden, die Ihnen wehgetan haben?

- Nein Ja – Notieren Sie die Namen, denen Sie noch vergeben sollten:

B5. Erkennen Sie Gefühle der Bitterkeit, Rache, des Hasses oder Nicht-vergeben-Könnens innerhalb anderer Beziehungen (Kollegen, Bekannte, Nachbarn usw.), die Ihnen wehgetan haben?

- Nein Ja – Notieren Sie die Namen, denen Sie noch vergeben sollten:

Ehebände

C1. Sind Sie verheiratet?

- Ja Nein

C2. Sind Sie schon mal verheiratet gewesen?

- Nein
 Ja, mein Partner ist verstorben.
 Ja, ich bin geschieden.

Der Grund war:

C3. Haben andere Beziehungen einen negativen Einfluss auf die Beziehung zu Ihrem Partner?

- Nein Ja – In welcher Hinsicht?

C4. Sind Sie Ihrem Partner schon mal gefühlsmäßig untreu gewesen?

- Sie hatten nicht mehr das Bedürfnis, etwas mit Ihrem Partner zu teilen, wohl aber mit jemand anderem.
 Sie verschwiegen Ihrem Partner, dass Sie mit jemand anderem Kontakt hatten.
 Sie suchten lieber Trost und Unterstützung bei jemand anderem als bei dem eigenen Partner.
 Sie hatten sexuelle Phantasien bezüglich jemand anderem als dem eigenen Partner.

C5. Erkennen Sie Gefühle der Bitterkeit, Rache, des Hasses oder Nicht-vergeben-Könnens gegenüber Ihrem (Ex-)Partner/Ihren (Ex-)Partnern, der/die Ihnen wehgetan hat/haben?

- Nein Ja – Notieren Sie die Namen, denen Sie noch vergeben sollten:

Bruderbande/geistliche Familie

D1. Haben Sie Herzensbeziehungen in Ihrer kirchlichen Gemeinde?
 Ja Nein – Was ist der Grund?

D2. Haben Sie jemals eine Spaltung innerhalb einer Gemeinde miterlebt?
 Nein Ja – Was war der Grund?

D3. Erkennen Sie Gefühle der Bitterkeit, Rache, des Hasses oder Nicht-vergeben-Könnens gegenüber Gemeindemitgliedern, die Ihnen wehgetan haben?
 Nein Ja – Notieren Sie die Namen, denen Sie noch vergeben sollten:

D4. Erkennen Sie Gefühle der Bitterkeit, Rache, des Hasses oder Nicht-vergeben-Könnens gegenüber Autoritätspersonen innerhalb der Gemeinde, die Ihnen wehgetan haben?
 Nein Ja – Notieren Sie die Namen, denen Sie noch vergeben sollten:

Körperliches Wohlbefinden

E1. Kommen in Ihrem oder im Leben Ihrer Vorfahren folgende körperliche Probleme vor?

P = Persönlich, **V** = Vorfahren

- | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erbkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | chronische Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | angeborene Missbildungen |

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafprobleme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | medizinisch nicht erklärbare körperliche Probleme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | plötzlich auftretende körperliche Störungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | plötzlich auftretende Störungen der Sinnesorgane |

Emotionales Wohlbefinden

F1. Haben Sie Probleme, folgende Grundgefühle zeigen zu können?

- Freude: *Fröhlichkeit, Glück, ...*
- Traurigkeit: *Betrübnis, Verlust, Trauer, ...*
- Bosheit: *Zorn, Wut, Bitterkeit, Rache, Hass, ...*
- Angst: *Anspannung, Sorge, Furcht, Panik, ...*
- Abneigung: *Irritationen, Abscheu, ...*

F2. Ist dies immer so gewesen?

- Ja Nein – Was ist der Grund?

F3. Wurden Sie mit Mobbing konfrontiert? Oder haben Sie selbst andere gemobbt?

- Nein Ja – Was war der Grund?

F4. Haben Sie einen eigenen freien Willen entwickeln können?

- Ja Nein – Was war der Grund?

F5. Gibt es Menschen, die einen so dominanten Einfluss auf Ihr Leben ausüben, dass sie Ihr Leben stets mehr beherrschen?

- Nein Ja – Was ist der Grund?

F6. Können Sie ehrlich über Ihre Gefühle reden?

- Ja Nein – Was ist der Grund?

F7. Machen Sie sich selbst Vorwürfe über eigenes Versagen, Ihre Schwächen oder Fehler?

- Nein Ja – Was ist hierfür der Grund?

F8. Schämen Sie sich für Dinge, die Sie in der Vergangenheit getan oder gesagt haben?

- Nein Ja – Was ist hierfür der Grund?

F9. Haben Sie Probleme mit Schuldgefühlen, hervorgerufen durch das, was Sie sich selbst oder anderen angetan haben?

- Nein Ja – Was ist hierfür der Grund?

F10. Haben Sie sich selbst für das vergeben, was sie sich selbst oder anderen angetan haben?

- Ja Nein

Psychisches Wohlbefinden

G1. Haben Sie oder Ihre Vorfahren mit einer oder mehreren der unten stehenden psychischen Erkrankungen zu tun gehabt?

P

V

Angststörung: *Versagensangst; Höhenangst; Platzangst (Agoraphobie); Menschenfurcht; Ansteckungsangst; Angst vor Wasser; Klaustrophobie; Flugangst; Todesangst; Angst vor Dunkelheit; Angst vor Objekten, Tieren, Blut, Krankheit, Schmerz; Panikanfall; Bindungsangst; Verlustangst; ...*

- Depressionen: *jahreszeitlich bedingte, manische, nachgeburtliche, ...*
- dissoziative Erscheinungen: *das Gefühl, neben der Realität zu stehen; den Körper für unwirklich halten; unbewusster Gedächtnisverlust ohne körperliche Ursache; Unfähigkeit, sich an die Vergangenheit und Personen zu erinnern; ...*
- Zwangsstörung: *Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, ...*
- Essstörung: *Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa), ...*
- Wiedererleben (posttraumatische Belastungsstörung)
- psychotische Wahrnehmungen: *verwirrte Gedanken, Argwohn, Stimmen hören, irrige Annahmen, Halluzinationen, ...*
- Stimmungsschwankungen
- Erschöpfungssyndrom/Stress: *Überbelastung, Überarbeitung, Burn-out, ...*
- _____

G2. In welchen Bereichen haben/hatten Sie oder Ihre Vorfahren Probleme?

- | P | V | P | V |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alkoholismus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Kaufzwang |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Spiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nikotin |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Glücksspiele | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sex |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Workaholic |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

Geistliches Wohlbefinden

H1. Glauben Sie an Jesus Christus als Ihren persönlichen Retter, Erlöser und Herrn?

- Ja Nein – Was ist der Grund?

H2. Wissen Sie sich als Kind Gottes angenommen?

- Ja Nein – Was ist der Grund?

H3. Zeigen Sie Gott gegenüber ehrlich Ihre Gefühle?

- Ja Nein, Sie tun dies nicht, weil ...

H4. Werden Sie regelmäßig durch den Feind bezüglich Ihrer Erlösung oder Sünden, die Sie bereits bekannt und für die Sie Vergebung erhalten haben, angeklagt?

- Nein Ja – Wegen was werden Sie angeklagt?

H5. Werden Sie regelmäßig von Ihrem Gewissen bezüglich Sünden, für die Sie bereits Vergebung empfangen haben, angeklagt?

- Nein Ja – Wegen was werden Sie angeklagt?

H6. Werden Sie während des Bibellesens, Betens, in den Gottesdiensten oder während der Feier des heiligen Abendmahls durch folgende Punkte gestört?

- schmutzige Gedanken
- gewalttätige Gedanken
- Gefühle der Abscheu
- Unruhe
- Verwirrung
- Stimmen hören
- Ablenkung
- Konzentrationsprobleme
- körperliches Unwohlsein

H7. Sind Sie sich irgendwelcher (Selbst-)Verfluchungen in Ihrem Leben bewusst?

- Nein Ja – Nennen Sie die Worte, die Sie selbst oder andere über Ihnen ausgesprochen haben und die einen negativen Einfluss auf Ihr Leben ausüben:

H8. Kennen Sie Flüche, die durch ein sündiges Leben über Sie gekommen sind?

- Nein Ja – Sie kennen folgende Flüche:

H9. Sind Sie sich der Wirkung von Generationsflüchen in Ihrem Leben bewusst?

- Nein Ja, im sozialen Zusammenhang (Muster im Verhalten und Sündigen)
 Ja, im biologischen Zusammenhang (Erbkrankheiten und Empfindungen)
 Ja, im geistlichen Zusammenhang (dämonische Einflüsse)

H10. Kennen Sie besondere Segnungen Gottes im Leben Ihrer Vorfahren?

- Nein Ja – Sie kennen folgende Segnungen:

H11. Was sind die drei größten Lügen, denen Sie glaub(t)en?

Dämonische Bindungen

Okkulte Bindungen

11. Indem Sie die unten stehende Übersicht ausfüllen, entdecken Sie, ob Sie oder Ihre Vorfahren jemals auf irgendeine Art und Weise an okkulten Praktiken wie Abgötterei, Zauberei, Wahrsagerei oder Spiritismus beteiligt waren.

1. Abgötterei

P	V		P	V	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buddhismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rosenkranz-Orden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hare-Krishna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Satanismus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinduismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scientology
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Islam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Theosophie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zeugen Jehovas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voodoo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kabbala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Freimaurerei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mormonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wicca (Hexerei)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	New Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Winti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

P	V	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katholizismus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allversöhnung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aduktismus (7. Tages)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Humanismus

2. Zauberei

Medizinische Magie

P	V		P	V	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anthroposophische Heilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übernatürliche Heilverfahren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bewusstseinsweiternde Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	taoistische Heilverfahren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Energetische Magie

- | P | V | | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erdstrahlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Edu-Kinestetik |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akupressur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reiki |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Akupunktur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Touch for Health |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besuch eines
Magnetiseurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fußreflexzonenmassage |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bioenergetik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Therapeutische Magie

- | P | V | | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aqua-Healing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Farbtherapie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bachblütentherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Spirituelle Aromatherapie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Klangtherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Meditative Magie

- | P | V | | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hypnose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transzendente
Meditation |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mandalas malen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | meditative Visualisierung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rebirthing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yoga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Telepathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

3. Wahrsagerei

- | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handlesekunst |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hellseherei |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wahrsager oder Hellseher konsultieren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Horoskope |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iriskopie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kartenlegekunst |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Numerologie (Zahlenmystik) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trance |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vorzeichen |

- wahrsagende Träume
- wahrsagen mithilfe von persönlichen Gegenständen oder Fotos
- wahrsagen mithilfe von Kristallkugeln, Kaffeesatz, Glücksstöckchen usw.
- wahrsagen und pendeln
- _____

4. Spiritismus

- | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | automatische Schrift |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Astralbesuche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Astralreisen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme an einer spiritistischen Sitzung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontakt haben mit verstorbenen Familienangehörigen/
Nahestehenden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontakt aufnehmen mit übernatürlichen Wesen wie Geistführer, Wintis, „dein höheres Selbst“, „die Quelle“ usw. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gegenstände oder Personen durch okkulte Kräfte bewegen lassen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eine „böse Präsenz“ sehen oder spüren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gläser drehen/rücken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | spiritistische oder okkulte Literatur lesen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erscheinungen von Poltergeistern |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ein Medium konsultieren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimmen hören |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aus dem eigenen Körper heraustreten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verehrung der Vorfahren/Ahnenkult |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

5. Übernatürliche Gaben

- | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | als Medium für andere eingesetzt worden |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gabe, andere in Hypnose zu versetzen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gaben der Heilung: <i>magnetisieren, mit den Händen streichen, Handauflegung</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gabe, die Zukunft vorherzusagen: <i>Zukunft vorhersagen durch Vorzeichen; Hellseherei; wahrsagende Träume; Astrologie; Handlesen; Karten legen; wahrsagen und pendeln; ...</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | telepathische Gaben |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

6. Besitz okkultur Gegenstände

- okkulte Bücher: *über Reinkarnation, Yoga, Reiki, Zauberei, Wahrsagerei, Spiritismus, ...*
- okkulte Filme: *Horror; New Age; ...*
- okkulte Musik: *New Age; Black-, Doom-, Trash- und Death-Metal; ...*
- okkulte Gegenstände: *Tarotkarten, Pendel, Wünschelrute, Gesundheitssteine, Amulette, Talismane, geheiligte Gegenstände aus der Voodoo-Religion, Winti oder Satanismus, (Toten-)Masken, Kunstgegenstände, Buddha-Bilder, Pharao-Abbildungen, ...*
- _____

Unreine Bindungen

J1. Sind Sie oder Ihre Vorfahren mit (den Folgen der) sexuellen Sünden wie unten stehend konfrontiert?

- | P | V | | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unreine Gedanken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | homosexuelle Gefühle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sexuelle Phantasien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exhibitionismus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lustgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sadomasochismus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Selbstbefriedigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sex mit Tieren |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pornografie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unzüchtige Handlungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sextelefon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vergewaltigung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Besuch bei einer Prostituierten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inzest |

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ausübung der Prostitution | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pädophilie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gruppensex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | voreheliche, sexuelle Beziehungen | | | |

Nenne sie:

- außereheliche, sexuelle Beziehungen

Nenne sie:

- homosexuelle Beziehungen

Nenne sie:

Todesbande

K1. Sind Sie oder Ihre Vorfahren in Kontakt geraten mit:

- | P | V | | P | V | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Todesgedanken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unverarbeiteter Trauer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Todesverlangen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | immer wieder vorkommenden (unerklärlichen) Unfällen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vernichtungsdrang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Unfruchtbarkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | verhängnisvollen Gedanken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angst vor dem Tod |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Selbstbeschädigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suizidgedanken oder Suizidversuch |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lebensbedrohlichen Situationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tod durch Fahrlässigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | körperlicher Gewalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abtreibung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Zauberbande

- L1. Hatten oder haben Sie Beziehungen, die sich sehr stark für Sie einsetz(t)en, die Ihnen aber später das Gefühl geben/gaben, dass Sie ihre Wünsche und Forderungen erfüllen müssten?
 Nein Ja
- L2. Hatten oder haben Sie Beziehungen mit Menschen, die ein extrem geistliches Leben führen und eine immerzu luxuriöse Haltung einnehmen?
 Nein Ja
- L3. Standen oder stehen Sie unter dem Einfluss manipulierender Prediger oder Gemeindeleiter, die Sie durch Ihre angstmachenden Predigten an sich gebunden haben/hatten?
 Nein Ja
- L4. Standen oder stehen Sie unter dem Einfluss fragwürdiger Prophetien, die über Ihnen ausgesprochen wurden und die Ihr Leben jetzt beeinflussen(t)en?
 Nein Ja
- L5. Standen oder stehen Sie unter dem Einfluss von Menschen, die Ihre Sicht auf Ihre Identität und Freiheit in Christus trüben oder sogar rauben woll(t)en?
 Nein Ja

Religiöse Bindungen

- M1. Können Sie Gottes Liebe und Gnade annehmen?
 Ja Nein
- M2. Finden Sie es schwer, Gottes Stimme zu verstehen?
 Nein Ja
- M3. Tun Sie sich schwer, die unmittelbare Nähe des Heiligen Geistes zu spüren?
 Nein Ja

M4. Spüren Sie einen inneren Widerstand gegenüber den Auswirkungen des Heiligen Geistes?

Nein Ja

M5. Können Sie die Gaben des Heiligen Geistes in Ihrem Leben anwenden?

Ja Nein

M6. Erfahren Sie in Ihrem Leben eine geistliche Armut?

Nein Ja

M7. Haben Menschen einen gesetzlichen Einfluss auf Sie ausgeübt, indem sie Ihnen religiöse Gesetze und Regeln auferlegten?

Nein Ja

M8. Sind Sie in einer (streng) gläubigen Familie aufgewachsen?

Nein Ja

M9. Waren oder sind Sie Mitglied einer Gemeinde, in der das Gesetz zentral stand oder steht?

Nein Ja

M10. Haben Sie sich in der Vergangenheit gegenüber Gottes Wort aufgelehnt oder Widerstand gegenüber der Person oder den Auswirkungen des Heiligen Geistes geleistet?

Nein Ja

M11. Haben sich Ihre Vorfahren in der Vergangenheit gegenüber Gottes Wort aufgelehnt oder Widerstand gegenüber der Person oder den Auswirkungen des Heiligen Geistes geleistet?

Nein Ja

M12. Haben Sie schon mal über die Auswirkungen des Heiligen Geistes gelästert?

Nein Ja

M13. Können Sie Gott mit Freuden dienen?

Ja Nein

Ergänzung Fragebogen...

-Tätowierung (welches Motiv?)

-Freimaurerei

-Satanismus

-Katholizismus, Allversöhnungslehre, Adventismus,

-Piercings und Körperschmuck (auch früher)

-Aberglauben und verwünschungen

(Kerzen ausblasen/Sternschnuppe und etwas wünschen, Freitag d. 13., Glücksbringer...)

-Brauchtum (Fasching, Salz und Brot,...)

-Schauspielerei (z.B. Rolle von Mörder, Dämon... Gespielt)

-Karten und Rollenspiele mit Magie