

Name: _____

Checkliste „Glaubenssätze“

Datum: _____

Zeit / Wirksamkeit	Glaubenssätze (Überzeugungen, Paradigmen, Gedankenmuster)			Aktiv / wichtig HEUTE?	
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4
00-07-14-21-28-35-42-49-56-63-70-77		M	V	S	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja 1 - 2 - 3 - 4

M = Mutter, V = Vater, S = Sonstige Einflüsse/Krankheiten