## Fragebogen für astrologische Gutachten

## Ganzheitliche Lebensberatung







071/244'18'40

Vonwilstrasse 23, 9000 St. Gallen I e-mail: theodora.mis@gmx.ch

NAME	VORNAME	GEB.DATUM	GEBZEIT	GEF	3ORT	
LEDIGER NAME	WEITERE VO	RNAMEN		(Angaben von Gemeinde) (Ev. nächst grösserer Ort)(wichtig für die Kabbala-Auswertung)		
im Adoptionfall, wenn vorhanden, den Fan	niliennamen der leiblichen Mutter, wenn die le	eiblichen Eltern verheiratet waren, den	Namen des Vaters)			
STRASSE	PLZORT		TEL.Priv	TEL. Ge	sch.:	
GEB.DATUM (Vater)	GEB.DATUM (Mutter)	(zur Aszendent-Überpri	ifung)			
Für Partnerschafts-Analysen						
GEB.DATUM (Ehe)-PARTNER	VORNAME (Ehe-PARTNER)	GebZeit: Ehe-Partn	er: Geburt	sort Ehepartner:		
_						
	htige Ereignisse an: ochzeit, Geburten, Scheidung, Trennung, \ annt ist, dann mindestens das Jahr angeb		en Person(en), oder ar	ndere Ereignisse.		
EREIGNIS		Tag Monat J	ahr ART:	(pos. oder neg.)	INTENSITÄT	