

Das Fastenzeit-Spiel *(Kents Depesche)*

Bei „Mache ich eh schon“, keine Tagespunkte, aber **10 Punkte** ins Bonusfeld (zweites von rechts, rechte Seite)!
 Bei „Mein Fastenprogramm“: Punktezahlgibt sich nach Menge der durchgehaltenen Tage, pro Tag: 1 Punkt!
 5 Bonuspunkte, wenn 20 Tage non-stop durchgehalten werden, 30 Tage: 10 Bonuspunkte, 40 Tage: 15, 50 Tage: 20!

1. ERNÄHRUNG

- a) Ich ernähre mich fleischnfrei _____
- b) Ich ernähre mich milchfrei _____
- c) Ich lebe konsequent vegan _____
- d) Ich verzichte auf raffinierten Zucker _____
- e) Ich verzichte auf Weißmehl und sämtliche einfachen, isolierten Kohlenhydrate _____
- f) Ich verzichte auf Salz _____
- g) Ich esse chemiefrei und bereite meine Speisen frisch zu _____
- h) Ich vermeide Zivilisationsgetränke aller Art _____
- i) Ich esse nach 19:00 Uhr, spätestens 20:00 Uhr nichts mehr _____

| | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Mache ich eh schon | <input type="checkbox"/> | Kein Interesse! | <input type="checkbox"/> | Mein Fastenprogramm | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |

2. DROGEN

- a) Ich führe einen kompletten Zuckerentzug durch _____
- b) Ich trinke keinerlei Kaffee (auch nicht koffeinfreien, max. eine Tasse Schwarztee, Grüntee, echten Kakao) _____
- c) Ich rauche nicht _____
- d) Ich trinke keinerlei Alkohol _____
- e) Ich konsumiere keine „natürlichen“ (und selbstverständlich auch keine harten) Drogen _____
- f) Ich nehme kein Aspirin, keine Schlaftabletten und keine anderen verzichtbaren Medikamente zu mir _____

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |

3. REGENERATION

- a) Ich führe Maßnahmen zur Unterstützung meiner Leber durch _____
- b) Ich führe Maßnahmen zur Unterstützung meiner Nieren durch _____
- c) Ich führe Maßnahmen zur Unterstützung meines Darmes durch (Darmkur, Einläufe, Aufbau der Flora) _____
- d) Ich führe Maßnahmen zur Unterstützung meines Lymphsystems durch (Trampolin, Massage, Hautbürstung) _____
- e) Ich führe Maßnahmen gegen Parasiten durch (Kräuterkur, Ölziehen, Moosbeeren, kolloidales Silber etc.) _____
- f) Ich führe täglich entsäuernde Maßnahmen durch _____
- g) Ich trinke viel und nur reines Wasser (aufbereitet), reine Kräutertees, Gemüsebrühe etc. _____
- h) Ich nehme täglich Vitalstoffe und gesunde Fette/Öle zu mir _____
- i) Ich folge dabei einem festen Programm / einer Kur _____

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |

4. LEBENSFÜHRUNG

- a) Ich stehe pünktlich früh auf, gehe pünktlich zu Bett _____
- b) Ich schaue nicht fern und auch keine anderweitigen Filme (keine DVDs, Internet, Kino) _____
- c) Ich verzichte auf Massenmedien einschließlich Internet und Musikberieselung _____
- d) Ich verzichte weitgehend auf Handy, DECT-Telefone und reduziere Strahlenbelastung _____
- e) Ich verwende nur natürliche, gesunde Körperpflegemittel _____
- f) Ich lebe frei von Duftstoffen (keine Deos, Parfums, kein parfümiertes Waschmittel etc.) _____
- g) Ich bin enthaltsam _____
- h) Ich mache Fröhnsport oder betätige mich anderweitig sportlich (Wandern etc.) _____
- i) Ich erledige alte aufgeschobene Angelegenheiten, Papierkram, räume auf etc. _____
- j) Ich investiere Zeit in meinen persönlichen Fortschritt (Bücher, Neues lernen, Seminarbesuche etc.) _____
- k) Ich wende eine Tugend des Glücksprinzips an / aus dem „Weg zum Glückhchsein“ / X-Faktor _____
- l) Ich führe die Übungen aus dem Buch „Selbstanalyse“ / von Dr. Norbekov / andere(s) durch _____

| | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | → |

5. EIGENE PUNKTE/DINGE/VORHABEN

| | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | → |
| <input type="checkbox"/> | | → |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Tag 01 | Tag 02 | Tag 03 | Tag 04 | Tag 05 | Tag 06 | Tag 07 | Tag 08 | Tag 09 | Tag 10 | Tag 11 | Tag 12 | Tag 13 | Tag 14 | Tag 15 | Tag 16 | Tag 17 | Tag 18 | Tag 19 | Tag 20 | Tag 21 | Tag 22 | Tag 23 | Tag 24 | Tag 25 | Tag 26 | Tag 27 | Tag 28 | Tag 29 | Tag 30 | Tag 31 | Tag 32 | Tag 33 | Tag 34 | Tag 35 | Tag 36 | Tag 37 | Tag 38 | Tag 39 | Tag 40 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|

Bonuspunkte

Gesamtpunkte

1. ERNÄHRUNG Zeichnen Sie für jeden erfolgreichen Fastentag ein Häkchen in das entsprechende Kästchen, jedes Häkchen = 1 Punkt

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

2. DROGEN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3. REGENERATION

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4. LEBENSFÜHRUNG

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| a) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| j) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| k) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| l) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5. EIGENE PUNKTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mein Gesamtergebnis:

Name oder Kundennummer:

Datum

Meine Erlebnisse – Erfahrungen – Erkenntnisse – Verbesserungen

Name oder Kundennummer:

Datum

Meine Erlebnisse – Erfahrungen – Erkenntnisse – Verbesserungen