



Was ist Ihr größter „Traum“ mit Ihnen und Ihrer Stimme,
den Sie verwirklichen möchten ?

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

Welche Ahnung haben Sie davon wie sich das anfühlen könnte, wie sich das anhören
könnte, wie Sie damit aussehen könnten ?

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

Was gefällt Ihnen derzeit nicht an Ihren stimmlichen Fähigkeiten,
gibt es eine bestimmte Problemstellung ?

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

Was geht bereits gut mit Ihrer Stimme und Ihnen,
was lieben oder schätzen Sie in diesem Zusammenhang an Ihrer Stimme ?

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

Name:..... Geburtsdatum:.....

Straße:..... Beruf:.....

Plz/Ort:.....

Telefon: Handy:.....

Email:.....

Diagnose (falls vorhanden):.....