



FRAGEBOGEN FÜR TAGESGÄSTE

AUFENTHALTSDAUER	<input type="checkbox"/> 3 STUNDEN (2 STD. SPIEL / 1 STD. PAUSE)	<input type="checkbox"/> 4 STUNDEN (2 STD. SPIEL / 2 STD. PAUSE)
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

ZUSATZOPTIONEN	<input type="checkbox"/> 50 € FÜR LATEX	<input type="checkbox"/> 30 € FÜR KLINIK
-----------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------------------

MEINE ERFAHRUNGEN ALS SKLAVE		
<input type="checkbox"/> SM INTERESSIERT	<input type="checkbox"/> SM ANFÄNGER	<input type="checkbox"/> SM ERFAHREN

ICH WÜRD MICH BEZEICHNEN ALS		
<input type="checkbox"/> MASOCHIST	<input type="checkbox"/> FETISCHIST	<input type="checkbox"/> GENIESSER
<input type="checkbox"/> HARDCORE MASOCHIST	<input type="checkbox"/> SKLAVE	<input type="checkbox"/>

ICH BIN BZW. MÖCHTE SEIN		
<input type="checkbox"/> DEMÜTIGER SKLAVE	<input type="checkbox"/> ABSOLUT DEVOT	<input type="checkbox"/> EXTREMSKLAVE
<input type="checkbox"/> ASCHENBECHER	<input type="checkbox"/> SCHMERZSÜCHTIG	<input type="checkbox"/> PONY
<input type="checkbox"/> GUMMISKLAVE	<input type="checkbox"/> TV ZOFE	<input type="checkbox"/> PATIENT
<input type="checkbox"/> HUND, HAUSTIER	<input type="checkbox"/> TV HURE	<input type="checkbox"/> FUSSSKLAVE
<input type="checkbox"/> STRÄFLING	<input type="checkbox"/> MÖBELSTÜCK	<input type="checkbox"/> SCHUHFETISCHIST
<input type="checkbox"/> TOILETTENSKLAVE	<input type="checkbox"/> REKRUT	<input type="checkbox"/> DIENER
<input type="checkbox"/> LUSTOBJEKT	<input type="checkbox"/> SCHÜLER	<input type="checkbox"/> FERKEL
<input type="checkbox"/> EIN NICHTS	<input type="checkbox"/> WEISS NICHT	<input type="checkbox"/>
DAS SOLLTE MEINE HERRIN NOCH WISSEN		

MEIN OUTFIT		
<input type="checkbox"/> NACKT	<input type="checkbox"/> MASKE	<input type="checkbox"/> SONSTIGES
<input type="checkbox"/> NACKT MIT WINDEL	<input type="checkbox"/> SKLAVENGESCHIRR	
<input type="checkbox"/> LEDER	<input type="checkbox"/> STIEFEL / HIGH HEELS	
<input type="checkbox"/> LATEX*	<input type="checkbox"/> FRAUENKLEIDUNG	
*NUR MIT ZUSATZOPTION MÖGLICH!	<input type="checkbox"/> PATIENTENHEMD	

ICH SEHE MEINE TRAUMHERRIN IN

<input type="checkbox"/> LATEX	<input type="checkbox"/> ALLTAGSKLEIDUNG	<input type="checkbox"/> NYLON
<input type="checkbox"/> LEDER	<input type="checkbox"/> STRENGES OUTFIT	<input type="checkbox"/> STIEFEL
<input type="checkbox"/> LACK	<input type="checkbox"/> EROTISCHES OUTFIT	<input type="checkbox"/> HIGH HEELS
<input type="checkbox"/> UNIFORM	<input type="checkbox"/> KORSETT / KORSELETT	<input type="checkbox"/> PLATEAU SCHUHE
<input type="checkbox"/> KLINIKKLEIDUNG	<input type="checkbox"/> KLEID / MINI ROCK	<input type="checkbox"/>

SIE AGIERT ALS

- DOMINA
- SADISTIN
- ERZIEHERIN
- LEHRERIN
- ÄRZTIN
- CHEFIN
- WÄRTERIN
- DRILL INSTRUCTOR
- DOMPTEURIN / REITERIN
- FETISCHBEGLEITERIN

IHR TON SPIELT FOLGENDE MUSIK

- HÖHNISCH & VERÄCHTLICH
- SOFT & VERSTÄNDNISVOLL
- STRENG
- SEHR STRENG
- ORDINÄR
- OBSZÖN
- UNNACHGIEBIG
- VERFÜHRERISCH & EROTISCH
- DIRTY TALK ÜBER MEINE PERVESEN FANTASIEN UND WÜNSCHE

ICH MÖCHTE GEDEMÜTIGT WERDEN

<input type="checkbox"/> VERBAL	<input type="checkbox"/> MIT BEFOHLENE HALTUNGEN	<input type="checkbox"/> WEGEN UNFÄHIGKEITEN
<input type="checkbox"/> DURCH ANSPUCKEN	<input type="checkbox"/> MIT BESCHÄMENDE AUFGABEN	<input type="checkbox"/> WEGEN (FEHLENDE) KÖRPERLICHKEITEN
<input type="checkbox"/> DURCH NATURSEKT	<input type="checkbox"/> MIT BESCHÄMENDE STRAFEN	<input type="checkbox"/> WEGEN FEHLENDE MÄNNLICHKEIT
<input type="checkbox"/> DURCH IGNORIEREN		<input type="checkbox"/> WEGEN KLEINEM PENIS
<input type="checkbox"/> DURCH VORFÜHRUNG		
<input type="checkbox"/> DURCH AUSLACHEN		

DAS SOLLTE MEINE HERRIN NOCH WISSEN

ICH MÖCHTE VON MEINER HERRIN ANGESPROCHEN WERDEN

<input type="checkbox"/> ALS SKLAVE	<input type="checkbox"/> MIT DEMÜTIGENDE SCHIMPFNAMEN	<input type="checkbox"/> ALS ...
<input type="checkbox"/> ALS PATIENT	<input type="checkbox"/> MIT MEINEM NAMEN	
<input type="checkbox"/> AUF AUGENHÖHE		

SPUREN AKZEPTIERE / MÖCHTE ICH

<input type="checkbox"/> BITTE KEINE SPUREN	<input type="checkbox"/> SPUREN FÜR EIN PAAR TAGE
<input type="checkbox"/> SPUREN FÜR EIN PAAR STUNDEN	<input type="checkbox"/> SPUREN FÜR EIN PAAR WOCHEN

ICH BRAUCHE ES

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> KRÄFTIG ANGEPACKT ZU WERDEN | <input type="checkbox"/> ANGST ZU SPÜREN |
| <input type="checkbox"/> DUMPFEN SCHMERZ ZU SPÜREN | <input type="checkbox"/> PSYCHOTERROR ERFAHREN |
| <input type="checkbox"/> STECHENDE SCHMERZEN ZU SPÜREN | <input type="checkbox"/> EXTREM GEQUÄLT ZU WERDEN |
| <input type="checkbox"/> KONSEQUENZEN ZU SPÜREN | <input type="checkbox"/> SANFT, ABER BESTIMMT GEFÜHRT ZU WERDEN |
| <input type="checkbox"/> IM UNGEWISSEN ZU BLEIBEN | |

WIE HOCH SCHÄTZT DU DEINE GANZ PERSÖNLICHE SCHMERZTOLERANZ EIN?

(0 = ICH HALTE KEINEN SCHMERZ AUS / 10 = ICH HALTE ALLES AUS, WAS MIR MEINE HERRIN ZUFÜGEN WIRD)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

BEI MIR BESTEHEN FOLGENDE GESUNDHEITLICHE RISIKEN

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HOHER BLUTDRUCK | <input type="checkbox"/> ASTHMA | <input type="checkbox"/> WICHTIGE ALLERGIEN (LATEX, SILIKON, ... ETC.) |
| <input type="checkbox"/> FRÜHERER HERZINFAKT ODER SCHLAGANFALL | <input type="checkbox"/> HERZSCHRITTMACHER | <input type="checkbox"/> SONSTIGES |
| <input type="checkbox"/> INSULINPFLICHTIGE DIABETES MELLITUS | <input type="checkbox"/> EINNAHME VON BLUTGERINNUNGSMEDIKAMENTEN | |

AN FOLGENDEN PRAKTIKEN BIN ICH INTERESSIERT

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MASKEN, AUGENBINDEN | <input type="checkbox"/> CBT (SCHWANZ UND HODENFOLTER) | <input type="checkbox"/> FACESITTING |
| <input type="checkbox"/> HALSBAND | <input type="checkbox"/> BONDAGE / FIXIERUNG | <input type="checkbox"/> ATEMREDUKTION |
| <input type="checkbox"/> KNEBEL | <input type="checkbox"/> AUFHÄNGEN AN HÄNDEN UND/ODER FÜSSEN | <input type="checkbox"/> NATURSEKT |
| <input type="checkbox"/> BRUSTWARZENFOLTER | <input type="checkbox"/> OHRFEIGEN | <input type="checkbox"/> NADELN |
| <input type="checkbox"/> KLAMMERN | <input type="checkbox"/> SPANKING | <input type="checkbox"/> MUMIFIZIERUNG |
| <input type="checkbox"/> GEWICHTE | <input type="checkbox"/> ROHRSTOCK & PADDEL | <input type="checkbox"/> EISWÜRFEL (KÄLTE) |
| <input type="checkbox"/> KORSETTIERUNG | <input type="checkbox"/> REITGERTE MIT NADELN | <input type="checkbox"/> KERZENWACHS (HITZE) |
| <input type="checkbox"/> ANALBEHANDLUNG | <input type="checkbox"/> TRAMPLING | <input type="checkbox"/> REIZSTROM |
| <input type="checkbox"/> ABBINDEN VON SCHWANZ UND HODEN | | <input type="checkbox"/> KLINIKSPIELE* |
- *NUR MIT ZUSATZOPTION MÖGLICH!

DAS SOLLTE MEINE HERRIN NOCH WISSEN

MEINE TABUS