

Ihr persönlicher Gesundheits-Check

Your personal health-check

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

	Ja	Nein
Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung, dem Magen oder Darm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu unreiner Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig müde oder erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen schwer, sich über längere Zeit zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie manchmal grundlos niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie öfter nervös und gereizt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie morgens öfters auf, ohne richtig erholt zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger Wadenkrämpfe oder schmerzende Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig gestresst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Haut, Ihren Haaren oder Ihren Nägeln unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie über 40 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol (an mind. 3 Tagen in der Woche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr persönlicher Gesundheits-Check

Your personal health-check

	Ja	Nein
Trinken Sie mehr als 1 Liter Kaffee oder schwarzen Tee pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie täglich weniger als 5 Portionen frisches Obst, Gemüse und Salat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich weniger als 2 Liter Flüssigkeit (ohne Kaffee, schwarzen Tee, Alkohol, Milch, Cola)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie häufig Fertignahrung, in der Kantine oder am Imbiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie gerne in die Sonne oder ins Solarium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal etwas über „Freie Radikale“ gehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Erfahrung mit Diäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie Ihren BMI oder Ihren Körperfettanteil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie Ihren Fettverbrennungsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Sportart?		

Wenn Sie eine Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen positiv verändern könnten, damit es Ihnen besser ginge, würden Sie diese Möglichkeit nutzen?

Ja Nein