

Ihr persönlicher Gesundheits- und Fitness-Check

Alter:

	ja	nein
Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung, dem Magen oder Darm?		
Gibt es Lebensmittel die Sie nicht vertragen?		
Neigen Sie zu unreiner Haut?		
Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infektionen?		
Werden Sie regelmäßig von Allergien wie z.B. Heuschnupfen geplagt?		
Fühlen Sie sich häufig müde und erschöpft?		
Fällt es Ihnen schwer sich über längere Zeit zu konzentrieren?		
Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen und/oder Migräne?		
Sind Sie manchmal grundlos niedergeschlagen?		
Sind Sie öfter nervös oder gereizt?		
Haben Sie Probleme einzuschlafen?		
Wachen Sie öfter morgens auf, ohne richtig erholt zu sein?		
Haben Sie häufig Wadenkrämpfe oder steife Gelenke?		
Fühlen Sie sich häufig gestresst?		
Sind Sie mit Ihrer Haut, Ihren Haaren und Ihren Nägeln unzufrieden?		
Sind Sie über 40 Jahre alt?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol (an mind. 3 Tagen in der Woche)?		
Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?		
Rauchen Sie?		
Trinken Sie mehrere Tassen Kaffee oder schwarzen Tee am Tag?		
Essen Sie täglich weniger als 5 Portionen frisches Obst, Gemüse und Salat?		
Trinken Sie tägliche weniger als 2 Liter Flüssigkeit (ohne Kaffee, schwarzen Tee, Alkohol, Milch, Cola)?		
Essen Sie häufig Fertignahrung, in der Kantine oder am Imbiss?		
Gehen Sie gerne in die Sonne oder ins Solarium?		
Haben Sie schon einmal etwas über "freie Radikale" gehört?		
Haben Sie Erfahrungen mit Diäten?		
Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?		
Kennen Sie Ihren BMI oder Körperfettanteil?		
Kennen Sie Ihren Fettverbrennungsbereich?		
Treiben Sie Sport?		

Was sind für Sie die 3 wichtigsten Dinge im Leben?

Geld Familie Gesundheit Beruf Urlaub Freizeit Freunde Andere

Wieviel ist Ihnen Ihre Gesundheit pro Tag wert?

3 EUR 4 EUR 5 EUR oder mehr pro Tag

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