

# Ihr Vital - Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Tel. – Nr. \_\_\_\_\_ E – Mail \_\_\_\_\_

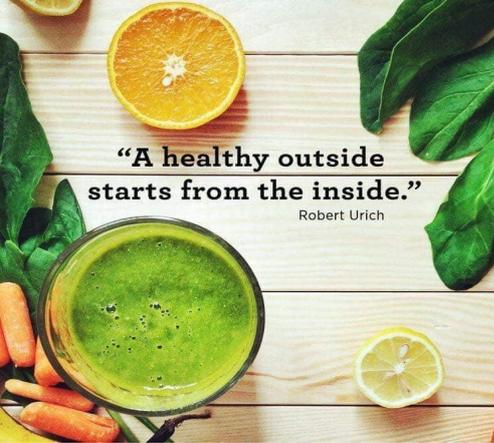
Datum \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

good morning

	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 und 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 häufig unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien / Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie täglich weniger als 5 Portionen frisches Obst, Gemüse und Salat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte ein starkes Immunsystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

good night

Wachen Sie morgens öfters auf, ohne richtig erholt zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger Wadenkrämpfe oder schmerzende Gelenke? (Rheuma, Gicht, Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie 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 manchmal grundlos niedergeschlagen?	<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"/>



# Ihr Vital - Fragebogen

good night

**Ja**

**Nein**

Haben Sie Sodbrennen/Aufstossen?

Rauchen Sie?

Trinken Sie mehr als 1 Liter Kaffee oder schwarzen Tee pro Tag?

Sind Sie öfter nervös und gereizt?

Haben Sie Wassereinlagerungen?

Haben Sie Probleme einzuschlafen?

Essen Sie häufig Fertignahrung, in der Kantine oder am Imbiss?

Trinken Sie täglich weniger als 2 Liter Flüssigkeit (ohne Kaffee, schwarzen Tee, Alkohol, Milch, Cola)?

Haben Sie schon einmal etwas über „Freie Radikale“ gehört?

Haben Sie Erfahrung mit Diäten?

Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?

Nehmen Sie bereits OMEGA 3?

Gehen Sie gerne in die Sonne oder ins Solarium?

Treiben Sie Sport?

Wenn ja, welche Sportart, wie häufig und wie intensiv?

Was sind für Sie die 3 wichtigsten Dinge im Leben?

Geld

Familie

Wohlbefinden

Beruf

Urlaub

Freizeit

Freunde

Andere \_\_\_\_\_

Wieviel ist Ihnen Ihr Wohlbefinden pro Tag wert?

zum Preis eines Café to go

oder mehr pro Tag

**Ja**

**Nein**

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