

## Vital-Check



Was möchtest Du erreichen ?	Meine Ziele
Gesünder und fitter Leben	<input type="checkbox"/>
mehr Energie und Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>
Entgiften und Stoffwechselfaufbau	<input type="checkbox"/>
Besser schlafen und regenerieren	<input type="checkbox"/>
Schlanker werden und bleiben	<input type="checkbox"/>
Biologisches Alter reduzieren	<input type="checkbox"/>
Effektiveres Immunsystem	<input type="checkbox"/>

Energie und Leistungsfähigkeit	Bewertung				
	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich fühle mich tagsüber kraft-/energielos					
Ich fühle mich abends müde, schlapp, abgespannt					
Ich bin nervös, gereizt, unausgeglichen					
Ich kann mich gut konzentrieren					
Ich leide unter Kopfschmerzen und/oder Migräne					
Ich trinke täglich mindestens 2 l stilles Wasser					

Immunsystem und Verdauung	Bewertung				
	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich esse täglich mindestens 5 Portionen frisches Gemüse und Salat					
Ich bin anfällig für Erkältungskrankheiten und Infekte					
Ich habe Probleme mit der Verdauung, Magen, Darm	ja		nein		
Ich vertrage Lebensmittel nicht gut	Ja		nein		
Wenn, ja welche ?					
Ich leide an Heuschnupfen oder anderen Allergien	ja		nein		
Wenn ja, an welchen ?					
Ich rauche	ja		nein		

Säure Regulierung	Bewertung				
	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich habe Probleme ein-/durchzuschlafen					
Ich fühle mich gestresst und unter starkem Druck					
Ich leide unter Akne					
Ich habe trockene oder fettige Haut					
Ich habe Sodbrennen oder stoße sauer auf					
Ich habe brüchiges, sprödes Haar	ja		nein		
Ich habe ungleichmäßige Nageloberflächen	ja		nein		
Ich habe ein schwaches Bindegewebe/Probleme mit Cellulite	ja		nein		

Sport und Regeneration	Bewertung				
	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich treibe Sport					
wenn Ja: 1-Leistungssport, 2-Freizeitsport, 3-Spaziergänger	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
Ich bekomme Muskelkater/ Muskelkrämpfe					
Ich brauche Zeit zur Regeneration nach körperlicher Anstrengung					

Figur und Essverhalten	Bewertung		
	Ja	nein	weiß nicht
Ich habe oft Heißhunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich unregelmäßig esse, werde ich grantig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde gerne Gewicht reduzieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja wieviel Kg ?			

Allgemeiner Gesundheitszustand	Bewertung		
	ja	nein	weiß nicht
Ich habe Probleme mit...			
.... Blutdruck zu hoch/zu niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Herz-/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Rheuma / Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.... Harnsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Leber / Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Neurodermitis / Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optional Kind(er)	Bewertung				
	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Mein(e) Kind(er) / Enkel isst Obst, Gemüse, Vollkorn, Salat					
Mein(e) Kind(er) / Enkel hat Konzentrationschwierigkeiten					
Mein(e) Kind(er) / Enkel hat Allergien / Unverträglichkeiten					
Mein(e) Kind(er) / Enkel ist verhaltensauffällig					

Optional Frauen	Bewertung				
	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich habe Wechseljahresbeschwerden					
Ich habe Beschwerden während meines monatlichen Zyklus					
Ich verwende hormonell wirkende Verhütungsmethoden					

Kontaktdaten
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ: Ort
E-Mail:
Tel./Mobil
Alter:
Größe:
Gewicht: