Wie steht es um Ihr Wohlbefinden?

Wenn Sie eines oder mehrere Ihrer Gesundheitsprobleme positiv verändern
könnten, welches wären die Wichtigsten?

….....

Sind Sie an einer fachlichen Auswertung und weiteren Informationen interessiert?
Dann füllen Sie die nachfolgenden Daten bitte aus:

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

feelgood365

www.feelgood365.de

VITALCHECK

TESTEN SIE SICH SELBST

Gesundheit ist ein Geschenk,
das man sich selbst machen muss!

Vitalcheck- Selbsttest

a. Haben Sie morgens oft Schwierigkeiten in Schwung zu kommen? ☐

Trinken Sie weniger als 2,5l am Tag? ☐

Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infekte? ☐

Haben Sie Allergien z.B. Heuschnupfen? ☐

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen? ☐

Leiden Sie unter Verdauungs- oder Magen-Darmbeschwerden? ☐

Essen Sie weniger als 5-6 Portionen Obst und Gemüse täglich? ☐

Essen Sie oft unregelmäßig oder lassen Sie Mahlzeiten aus? ☐

Haben Sie Heißhunger auf Süßes oder Fettiges? ☐

Essen Sie oft in Kantinen, Imbiss oder Fertigessen? ☐

b. Leiden Sie ab und zu unter Kopfschmerzen oder Migräne ☐

Haben Sie manchmal steife, schmerzende Gelenke, Muskeln? ☐

Leiden Sie unter Muskelkrämpfe oder Verspannungen? ☐

Haben Sie Einschlaf- oder Schlafprobleme? ☐

Wachen Sie morgens oft gerädert oder unerholt auf? ☐

Gibt es Probleme mit Haut, Haaren oder Nägeln? ☐

Haben Sie Zahnfleischbluten oder Zahnprobleme? ☐

Leiden Sie unter Sodbrennen oder saurem Aufstoßen? ☐

Möchten Sie gerne Gewicht reduzieren? ☐

Rauchen Sie öfter? ☐

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? ☐

c. Fühlen Sie sich oft müde und erschöpft oder haben Energielöcher? ☐

Haben Sie manchmal Konzentrations- und Gedächtnisprobleme? ☐

Haben Sie viel Stress im Alltag? ☐

Sind Sie leicht gereizt, nervös, unausgeglichen oder depressiv? ☐

Sind Sie bei Ihrer Arbeit stark beansprucht, haben viel Druck? ☐

Hat Ihr Kind Konzentrationsprobleme (Schule, Hausaufgaben)? ☐

d. Leiden Sie unter Bluthochdruck oder Herz-Kreislauferkrankungen? ☐

Sind Sie über 35 Jahre alt? ☐

Essen Sie seltener als 2-3 x wöchentlich Fisch? ☐

Haben Sie Gelenkserkrankungen (z.B. Rheuma, Arthrose)? ☐

Neigen Sie zu Entzündungen oder schlechter Heilung? ☐

e. Haben Sie Probleme während der Menstruation/ Menopause? ☐

Probleme nach Sport mit der Regeneration, Muskeln oder Gelenken? ☐

Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, Rückenschmerzen? ☐

Leiden Sie unter Bindegewebsschwäche, Cellulite, Krampfadern? ☐

Möchten Sie gerne Ihre sportliche Leistungsfähigkeit unterstützen? ☐

Möchten Sie mal eine Entgiftungskur machen? ☐

Verpflegen Sie in Ihrem Haushalt Kinder oder Senioren? ☐