

# Vital-Check

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

## 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

Immer    manchmal    selten    nie    weiß nicht

Ich fühle mich tagsüber kraft-/energielos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich abends müde, schlapp, abgespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nervös, gereizt, unausgeglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich gut konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Kopfschmerzen und/oder Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke täglich mindestens 2l stilles Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Immunsystem und Verdauung

Immer    manchmal    selten    nie    weiß nicht

Ich esse täglich min. 5 Portionen frisches Gemüse und Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin anfällig für Erkältungskrankheiten und Infekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme mit der Verdauung, Magen, Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertrage diverse Lebensmittel nicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, welche?					
Ich leide an Heuschnupfen oder anderen Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, an welchen?					
Ich rauche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

## Säure und Regeneration

Immer    manchmal    selten    nie    weiß nicht

Ich habe Probleme ein-/durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich gestresst und unter starkem Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe trockene oder fettige Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schmerzen oder stoße sauer auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe brüchiges, sprödes Haar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ungleichmäßige Nageloberflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein schwaches Bindegewebe/Probleme mit Cellulite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sport und Regeneration

Immer    manchmal    selten    nie    weiß nicht

Ich treibe Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-Leistungssport    2-Freizeitsport    3-Spaziergänger	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.		
Ich bekomme Muskelkater/Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Ich brauche Zeit zur Regeneration (körperliche Anstrengung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Figur und Essverhalten	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="text" value="kg"/>

Allgemeiner Gesundheitszustand	ja	nein	weiß nicht
Ich habe Probleme/Herausforderungen 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	Typ 1 <input type="checkbox"/>	Typ 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optional Kind(er)	Immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Mein(e) Kind(er) / Enkel isst Obst, Gemüse, Vollkorn, Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein(e) Kind(er) / Enkel hat Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein(e) Kind(er) / Enkel hat Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein(e) Kind(er) / Enkel ist verhaltensauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optional Frauen	Immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich habe Wechseljahresbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Beschwerden während meines monatlichen Zyklus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verwende hormonell wirkende Verhütungsmethoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn sich nur einer Deiner Herausforderungen positiv verändern könnte, damit es Dir\* besser geht, würdest Du diese Möglichkeit für Dich prüfen und nutzen ?

Ja, selbstverständlich  Nein, ich möchte nichts verbessern

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

Wieviel ist Dir Dein Wohlbefinden p.T. wert ?

3 €  4 €  5 €  6 €

Welche sind Deine **DREI** gesundheitlichen Herausforderungen, welche Du in jedem Fall verbessern möchtest ?

1.	
2.	
3.	

Hast Du Interesse an einem **passiven Nebeneinkommen** für mehr Freiheit im Leben?

Ja, klär mich auf  Nein, kein Interesse