

Ihr persönlicher Fitness-Check

Name

Vorname

Straße

PLZ und Ort

Alter

Tel.

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?

Fühlen Sie sich häufig müde und erschöpft?

Fällt es Ihnen schwer, sich über längere Zeit zu konzentrieren?

Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen?

Sind Sie manchmal grundlos niedergeschlagen?

Sind Sie öfter nervös und gereizt?

Haben Sie Probleme einzuschlafen?

Wachen Sie morgens öfters auf, ohne richtig erholt zu sein?

Haben Sie häufiger Wadenkrämpfe oder steife Gelenke?

Fühlen Sie sich häufig gestresst?

Sind Sie mit Ihrer Haut, Ihren Haaren oder 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?

Ihr persönlicher Fitness-Check

	Ja	Nein
Rauchen Sie?		
Trinken Sie mehr als 1 Liter Kaffee oder schwarzen Tee pro Tag?		
Essen Sie täglich weniger als 5 Portionen frisches Obst, Gemüse und Salat?		
Trinken Sie täglich 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 Erfahrung mit Diäten?		
Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?		
Kennen Sie Ihren BMI oder Ihren Körperfettanteil?		
Kennen Sie Ihren Fettverbrennungsbereich?		
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
Freunde	Andere	Beruf
		Urlaub
		Freizeit
Wieviel ist Ihnen Ihr Wohlbefinden pro Tag wert?		
	3 €	4 €
		5 €
		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?