

Gesundheits- und Fitness Check

Bitte ankreuzen
 Ja Nein

1. Haben Sie tagsüber „Energielöcher“ oder fühlen sich häufig müde und erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fällt es Ihnen schwer sich über längere Zeit zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leiden Sie ab und zu unter Kopfschmerzen und/oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie unter häufigem Frieren (kalte Hände, kalte Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trinken Sie weniger als 2,5 Liter (ohne Kohlensäure) Wasser pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Machen Sie an weniger als 3 Tagen die Woche mindestens 30 Minuten Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haben Sie Probleme mit der Verdauung, dem Darm oder dem Magen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Werden Sie regelmäßig von Allergien (z.B. Heuschnupfen) heimgesucht und / oder leiden Sie an Neurodermitis oder Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Essen Sie weniger als 5-6 Portionen frisches Obst und Gemüse täglich a 150 Gramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Haben Sie manchmal Verspannungen ,Wadenkrämpfe und/oder steife, müde Gelenke oder Gelenkschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie oft Probleme einzuschlafen und/oder einen erholsamen Schlaf zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind Sie von Osteoporose oder Arthrose betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Neigen Sie schnell zur Übersäuerung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie viel Fleisch bzw. Schweinefleisch? > Harnsäure / Schwefelsäure		
Essen Sie viel Süßes oder Fettiges? > Essigsäure		
Essen Sie Käse und/oder Wurst? > Salpetersäure		
Trinken Sie Kaffee oder schwarzen Tee? > Gerbsäure		
Treiben Sie viel Sport? > Milchsäure		
16. Möchten Sie Ihren Körper modellieren und Ihre Figur besser in Form bringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Sind Sie über 35 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sind Sie von Diabetes betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Beschwerden und/oder hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ist Ihr Cholesterinwert erhöht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Essen Sie weniger als 2-3-mal pro Woche Lachs, Makrele oder Thunfisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Fällt es Ihnen schwer, Ihren Körper das wichtige Vitamin E & Vitamin D zu geben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung

Auswertung Anzahl Ja

Total Ja _____



Haben sie eine Krankheit oder Gesundheitsprobleme die nicht aufgeführt wurden sind?	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn JA welche?	

Wie viel sind Sie bereit pro Tag in Ihre Gesundheit zu investieren?	nichts <input type="checkbox"/>	3 € <input type="checkbox"/>	5 € <input type="checkbox"/>	7 € <input type="checkbox"/>	11 € <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------