

Ihr persönlicher und kostenloser Vitalstoff-Check

Leben Sie gesund?

Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den Fragebogen auszufüllen und geben Sie ihn anschließend in Ihrem Bodymed-Center ab.

Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Sie erhalten eine persönliche auf Ihre Lebensgewohnheiten angepasste Auswertung – machen Sie den ersten Schritt zu mehr Freude am Leben.

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen. Danke.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Gewicht _____

Größe _____

| Ernährung | 4 - 5 x pro Tag | 1 - 3 x pro Tag | 3 - 4 x pro Woche | weniger als 3 - 4 x pro Woche |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Gemüse / Salat / Obst | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | täglich | 3 - 4 x pro Woche | 2 x pro Woche | selten / nie |
| Wurst | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fleisch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fisch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eier | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Milchprodukte / Käse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Medikamente |
|---|
| <input type="radio"/> nein |
| <input type="radio"/> ja / Einnahme von: _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| „Pille“ |
| <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja |

| Stress |
|--|
| <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> viel |

| Ärger |
|--|
| <input type="radio"/> wenig <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> viel |

| Genussmittel | | | |
|------------------------|----------------------------|---|--|
| Tabak | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> bis 20 Zigaretten pro Tag | <input type="radio"/> mehr als 20 Zigaretten pro Tag |
| Kaffee / Schwarzer Tee | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> 1 - 2 Tassen pro Tag | <input type="radio"/> 3 - 4 Tassen pro Tag <input type="radio"/> mehr als 4 Tassen pro Tag |
| Alkohol | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> 1 - 2 Gläser pro Woche | <input type="radio"/> 1 - 2 Gläser pro Tag <input type="radio"/> mehr als 2 Gläser pro Tag |
| Süßigkeiten / Kuchen | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> 1 - 2 x pro Woche | <input type="radio"/> 2 - 4 x pro Woche <input type="radio"/> täglich |

| Bewegung | | | |
|----------|--|---|--|
| Beruf | <input type="radio"/> vorwiegend sitzend | <input type="radio"/> relativ viel Bewegung | <input type="radio"/> schwere körperliche Arbeit |
| Sport | <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> ca. 30 Min. pro Woche | <input type="radio"/> 1 - 2 Std. pro Woche <input type="radio"/> mehr als 2 Std. pro Woche |

| Wie beschreiben Sie Ihr Befinden? | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Ich fühle mich fit und leistungsfähig. | <input type="radio"/> Meine Leistungsfähigkeit hat nachgelassen. | <input type="radio"/> Ich fühle mich matt, müde und ausgelaugt. |
| <input type="radio"/> Ich habe Konzentrationsstörungen. | <input type="radio"/> Ich kann schlecht schlafen. | <input type="radio"/> Ich bin nervös und gereizt. |
| <input type="radio"/> Ich fühle mich gestresst. | <input type="radio"/> Sonstige Beschwerden / Folgende: _____ | |