

MEIN VITALCHECK

NAME:

DATUM:

WAS MÖCHTEST DU ERREICHEN?

Meine Ziele (x)

Gesünder und fitter leben	
Mehr Energie und Wohlbefinden	
Entgiften und Stoffwechselaufbau	
Besser schlafen und regenerieren	
Schlanker werden / bleiben	
Biologisches Alter reduzieren	
Effektives Immunsystem	

ENERGIE - UND LEISTUNGSFÄHIGKEIT

	100% immer	75% häufig	50% manchmal	25% selten	0 nie	keine Aussage
Ich fühle mich tagsüber kraft - /energielos						
Ich fühle mich abends müde, schlapp, abgespannt						
Ich bin nervös, gereizt, unausgeglichen						
Ich kann mich nicht gut konzentrieren						
Ich leide unter Kopfschmerzen und / oder Migräne						
Ich trinke täglich mindestens 2 Liter stilles Wasser						

MEIN DERZEITIGES ENERGIELEVEL BEFINDET SICH BEI

Berücksichtige hierbei bewusst, wie viel Energie du benötigst und wie viel du tatsächlich hast



IMMUNSYSTEM UND VERDAUUNG

	100% immer	75% häufig	50% manchmal	25% selten	0 nie	keine Aussage
Ich esse täglich mindestens 5 Portionen frisches Gemüse und Salat						
Ich bin anfällig für Erkältungskrankheiten und Infekte						
Ich habe Probleme mit der Verdauung, Magen, Darm						
Ich vertrage Lebensmittel nicht gut						
Wenn ja, welche?						

Ich rauche ja nein	ja	nein
--------------------	----	------

SÄUREREGULIERUNG

	100% immer	75% häufig	50% manchmal	25% selten	0 nie	keine Aussage
Ich habe Probleme, ein- / durchzuschlafen						
Ich fühle mich gestresst und unter starkem Druck						
Ich leide unter Akne						
Ich habe trockene oder fettige Haut						
Ich habe Sodbrennen / stoße sauer auf						
Ich habe brüchiges, sprödes Haar						
Ich habe ungleichmäßige Nageloberflächen						
Ich habe ein schwaches Bindegewebe / Probleme mit Cellulite						

SPORT UND REGENERATION

	100% immer	75% häufig	50% manchmal	25% selten	0 nie	keine Aussage
Ich bekomme leicht Muskelkater						
Ich habe nachts Wadenkrämpfe						
Ich treibe Sport (x)	Hochleistungs- sport	2-3 x pro Woche	1 x pro Woche	leider keine Energie für Sport	überzeugter Couchpotatoe	

	100% immer	75% häufig	50% manchmal	25% selten	0 nie	keine Aussage
Ich habe oft Heißhunger						
Wenn ich unregelmäßig esse, bekomme ich schlechte Laune						
Ich würde gerne Gewicht reduzieren (wenn ja wie viel)	ja	nein	_____ kg			

ALLGEMEINER GESUNDHEITZUSTAND	ja	nein	Vorstufe	weiß nicht
Ich habe Probleme / Herausforderungen mit:				
Blutdruck zu hoch / zu niedrig (zutreffendes bitte unterstreichen)				
Cholesterin				
Schilddrüse - Überfunktion/Unterfunktion (zutreffendes bitte ...)				
Herz - / Kreislauf				
Osteoporose				
Arthrose				
Rheuma / Gelenke				
Harnsäure				
Leber / Niere				
Galle				
Neurodermitis / Schuppenflechte				
Diabetes	nein	Typ 1	Typ 2	

OPTIONAL KIND(er)	100% immer	75% häufig	50% manchmal	25% selten	0 nie	keine Aussage
Mein/e Kind(er) isst/essen Obst, Gemüse, Vollkorn, Salat						
Mein/e Kind(er) hat/haben Konzentrationsschwierigkeiten						
Mein/e Kind(er) hat/haben Allergien / Unverträglichkeiten						
Mein/e Kind(er) ist/sind verhaltensauffällig						

OPTIONAL FRAUEN:	100% immer	75% häufig	50% manchmal	25% selten	0 nie	keine Aussage
Ich habe Wechseljahresbeschwerden						
Ich habe Beschwerden während/vor meines/m monatlichen Zyklus						
Ich verwende hormonell wirkende Verhütungsmethoden						

Wenn du nur eine deiner Beeinträchtigungen positiv verändern könntest, damit es dir besser geht, würdest du diese Möglichkeit für dich prüfen und nutzen?

☐ ja, selbstverständlich	☐ Nein, ich möchte nichts verbessern.
---	--

Wie viel € ist dir dein Wohlbefinden pro Tag wert?

☐ 3 €	☐ 4 €	☐ 5 €	☐ 6 €
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Bitte erst nach unserem Gespräch / InfoVeranstaltung ausfüllen: Ich habe Interesse an...

☐ Erstmal nur Optimalset und Joghurt	☐ Optimalset, Joghurt, Detox und Aktivierungsset für die Stoffwechselumstellung
☐ zusätzlich 14-tägige Detox Kur	

Das sind meine 3 großen Ziele / Herausforderungen

1. _____ 2. _____ 3. _____

MEINE KONTAKTDATEN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Mobil: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

IBAN (bei Bedarf): _____

Das solltest du noch unbedingt über mich, meinen Körper, meinen Gesundheitszustand wissen: