



# GESUNDHEITS- UND FITNESSUMFRAGE

	ja	nein
Haben Sie morgens Schwierigkeiten aus dem Bett zu kommen und sofort fit zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie tagsüber „Energienlöcher“ und Probleme sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie ab und zu unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie regelmäßig von Allergien/Heuschnupfen heimgesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Neurodermitis oder Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit der Verdauung, dem Darm oder dem Magen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon etwas über „Freie Radikale“ gehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie gerne ins Solarium oder in die Sonne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie weniger als 2,5 Liter Flüssigkeit (ohne Kaffee und Alkohol) pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie pro Tag weniger als 5-6 Portionen frisches Obst und Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal steife und müde Gelenke oder Wadenkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft Probleme, einzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen erholsamen Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen Osteoporose ein Begriff? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie davon betroffen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie unzufrieden mit Ihrer Haut, den Haaren oder den Nägeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herz- oder Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie gerne Ihr Gewicht reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was sind für Sie die 3 wichtigsten Dinge?	<input type="checkbox"/> Geld <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Freizeit <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Beruf	
Wie viel ist Ihnen Ihre Gesundheit pro Tag wert?	<input type="checkbox"/> 4 € <input type="checkbox"/> 6 € <input type="checkbox"/> 10 € <input type="checkbox"/> mehr	
Wenn Sie eines Ihrer Gesundheitsprobleme positiv verändern könnten und es Ihnen dann besser ginge, würden Sie diese Möglichkeit für Ihre Gesundheit nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie an einer fachlichen Auswertung und weiteren Informationen interessiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_