

Gesundheits-Status-Check

Datum

Nachname, Vorname

KdId

GebDatum / Alter

Straße HausNr

Tel/Mobil

PLZ Ort

Email

1. Haben Sie Probleme mit der Verdauung (Magen / Darm)? Ja O / Nein O
2. Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen? Ja O / Nein O
3. Neigen Sie zu unreiner Haut? Ja O / Nein O
4. Sind Sie anfällig für Erkältungen/ Infektionen? Ja O / Nein O
5. Fühlen Sie sich häufig müde und/oder erschöpft? Ja O / Nein O
6. Fällt es Ihnen schwer sich über einen längeren Zeitraum zu konzentrieren? Ja O / Nein O
7. Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen / Migräne? Ja O / Nein O
8. Sind Sie manchmal grundlos niedergeschlagen? Ja O / Nein O
9. Sind Sie öfter mal nervös oder gereizt? Ja O / Nein O
10. Haben Sie Probleme einzuschlafen / durchzuschlafen? Ja O / Nein O
11. Wachen Sie morgens öfter auf, ohne wirklich erholt zu sein? Ja O / Nein O
12. Haben Sie häufig (Waden)-krämpfe oder steife Gelenke? Ja O / Nein O
13. Fühlen Sie sich häufiger gestresst? Ja O / Nein O
14. Sind Sie mit Ihrer Haut, Haaren, Fingernägeln zufrieden? Ja O / Nein O
15. Sind Sie über 40 Jahre alt (falls kein GebDatum angegeben wurde)? Ja O / Nein O
16. Trinken Sie regelmäßig Alkohol (an mind. 3 Tagen die Woche)? Ja O / Nein O
17. Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?
Welche? _____
18. Haben Sie Probleme mit dem Blutdruck (zu hoch / zu niedrig)? Ja O / Nein O
19. Rauchen Sie? Ja O / Nein O
20. Trinken Sie mehr als 3 große Tassen Kaffee am Tag? Ja O / Nein O
21. Essen Sie täglich weniger als 4-5 Portionen Obst, Salat und Gemüse? Ja O / Nein O
22. Trinken Sie täglich weniger als 2 Liter Flüssigkeit (Ohne Kaffee, schwarzen Tee, Alkohol, Milch oder Cola)? Ja O / Nein O
23. Essen Sie häufig Fertignahrung, z.Bsp. in der Kantine oder Imbiss? Ja O / Nein O
24. Gehen Sie gerne in die Sonne oder ins Solarium? Ja O / Nein O
25. Haben Sie schon etwas über „freie Radikale“ gehört? Ja O / Nein O
26. Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden? Ja O / Nein O
27. Haben Sie Erfahrungen mit Diäten? Ja O / Nein O
28. Kennen Sie Ihren BMI / Körperfettanteil? Ja O / Nein O
29. Kennen Sie Ihren Fettverbrennungsbereich? Ja O / Nein O
30. Treiben Sie Sport? Ja O / Nein O
Welchen? _____
- Wie häufig/intensiv? _____
31. Was sind Ihre 3 wichtigsten Dinge im Leben?
Geld Familie Wohlbefinden Beruf Urlaub
Freizeit Freunde Andere _____
32. Wieviel ist Ihnen Ihr Wohlbefinden pro Tag wert?
3 € 4 € 5 € oder mehr
33. Wenn Sie Ihre Beeinträchtigungen positiv verändern könnten, damit es Ihnen besser ginge, würden Sie diese Möglichkeit nutzen? Ja O / Nein O