

# Vitalstoff-Check



Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ/Ort: .....

Tel.: ..... Fax: ..... E-Mail: .....

Geb. Dat.: ..... Gewicht: ..... Größe: .....

## Ernährung

Wie oft essen Sie...

	4-5 x täglich	1-3 x täglich	3-4 x wöchentl.	seltener als 3x/Woche
...Gemüse/Salat/Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Wurst	<input type="checkbox"/>	3-4 x wöchentl.	2 x wöchentl.	seltener als 3x/Woche
...Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Milchprodukte/Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stress

wenig    mäßig    viel  
       

## Ärger

wenig    mäßig    viel  
       

## Medikamente

nein     ja, nämlich:  
.....  
.....  
.....

Pille     nein     ja

## Genussmittel

Rauchen Sie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bis 20 Zigaretten täglich	<input type="checkbox"/> mehr als 20 Zigaretten täglich	
Kaffee/Schwarzer Tee	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2 Tassen täglich	<input type="checkbox"/> 3-4 Tassen täglich	<input type="checkbox"/> mehr als 4 Tassen täglich
Alkohol	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> 1-2 Gläser/Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 Gläser täglich	<input type="checkbox"/> mehr als 2 Gläser täglich
Süßigkeiten/Kuchen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> 1-2 x/Woche	<input type="checkbox"/> 2-4 x/Woche	<input type="checkbox"/> täglich

## Bewegung

berufliche Tätigkeit:     vorwiegend sitzend     relativ viel Bewegung     schwere körperliche Arbeit

treiben Sie Sport:     nie     selten     ca. 30 Min./Woche     1-2 Std./Woche     täglich

## Ihr Befinden

Ich fühle mich fit und leistungsfähig.

Meine Leistungsfähigkeit hat nachgelassen.

Ich fühle mich matt, müde und ausgelaugt.

Ich habe Konzentrationsstörungen.

Ich kann schlecht schlafen.

Ich bin nervös und gereizt.

Ich fühle mich gestresst.

Sonstige Beschwerden: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte in Ihrem BODYMED-Center abgeben. Sie erhalten eine Gratis-Auswertung.