

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:	<input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend	<input type="checkbox"/> relativ viel Bewegung	<input type="checkbox"/> schwere körperliche Arbeit		
treiben Sie Sport:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> ca. 30 Min./Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 Std./Woche	<input type="checkbox"/> 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.