

Gesundheits- und Fitness-Check

Name:

	JA	NEIN
Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung, dem Magen oder Darm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Lebensmittel die Sie nicht vertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu unreiner Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infektionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie regelmäßig von Allergien wie z.B. Heuschnupfen geplagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig müde und erschöpft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen schwer sich über längere Zeit zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen und/oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie andere gesundheitliche Probleme? Welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie öfter nervös und gereizt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie morgens öfters auf ohne richtig erholt zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger Wadenkrämpfe oder steife Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig gestresst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie täglich weniger als 5 Portionen Obst, Gemüse + Salate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich weniger als 2 Liter Flüssigkeit (ohne Kaffee, schwarzen Tee, Alkohol, Milch, Cola)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie häufig Fertignahrung, in der Kantine oder am Imbiss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie regelmässig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen Sie für genug Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon Diäten ausprobiert? Wenn ja, welche Waren die Erfolge bei den Diäten gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sind für Sie die 3 wichtigsten Dinge im Leben?

- Geld Familie Gesundheit Beruf
 Urlaub Freizeit Freunde Andere

Wieviel ist Ihnen Ihre Gesundheit pro Tag wert?

- Fr. 3.- Fr. 4. Fr. 5.- oder mehr pro Tag

„Neun Zehntel unseres Glücks beruhen allein auf unserer Gesundheit“

A. Schopenhauer, 1788 – 1860
