



Ernährung - Bewegung - Entspannung

Fragen zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden

	Ja	Nein
Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung, dem Magen oder dem Darm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie anfällig für Erkältungen, Infekte, schwaches Immunsystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie geplagt von Allergien, Unverträglichkeiten, Heuschnupfen oder anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Was?		
Haben Sie morgens Schwierigkeiten wach zu werden oder sofort fit zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie tagsüber „Energienlöcher“ und/oder Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie ab und zu in schlechter Verfassung oder depressiver Verstimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Migräne und/oder Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlt Ihnen oft die Energie für sportliche Betätigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie Sport treiben – haben Sie dabei oft starken Energie-Einbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie oft schlecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Wadenkrämpfe, steife/müde Gelenke oder schwere Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereiten Ihnen Gelenkprobleme Schwierigkeiten (Rheuma, Arthrose usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie nach sportlicher Betätigung regelmässig an Muskelkater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauert die körperliche Erholungsphase nach dem Sport aussergewöhnlich lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Haut-, Haar- oder Nägel-Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Herz-Kreislauf, Blutdruck-, Diabetes- oder Cholesterinproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Wechseljahrbeschwerden (z.B. Hitzewallungen) oder Prostataleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Pre-menstruellen Problemen – wie Bauchschmerzen oder ähnlichem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich mind. 2,5Liter Flüssigkeit? (<u>ohne</u> Kaffee, Schwarztee, Alkohol, Milch, Süssgetränke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie täglich 5-6 Portionen frisches Gemüse, Obst und Salate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie gerne Joghurt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Kind, das unter Konzentrationsstörungen/Aufmerksamkeitsdefizit leidet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon Erfahrungen gemacht mit Nahrungsergänzung oder ähnlichem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Was?		

Wie wichtig ist Ihnen die Gesundheitserhaltung / Gesundheitsvorsorge?

sehr wichtig wichtig nicht so wichtig

Wie viel sind Sie bereit pro Tag in Ihre Gesundheit zu investieren? 2.-- 4.-- 6.--

Alter: unter 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69 über 70

Was interessiert mich besonders zu diesem Thema?

Vorname / Name _____

Telefon / Mobile _____

E-Mail _____

„Für bessere Gesundheit und mehr Lebensfreude“

Annemarie Betschart Mobile 079 366 25 18 // aero.betschart@bluewin.ch

Bettina Betschart Mobile 079 581 17 50 // bettina.betschart@bluewin.ch