

IHR PERSÖNLICHER GESUNDHEITS- UND VITAL-CHECK

Name: _____

Vorname: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Energie und Leistungsfähigkeit

- Haben Sie tagsüber öfters „Energiefächer“?
- Fühlen Sie sich häufig erschöpft/müde, bes. abends?
- Fällt es Ihnen schwer sich länger zu konzentrieren?
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? (Migräne siehe unten)
- Sind Sie öfters nervös, gereizt oder unausgeglichen?
- Sind Sie manchmal grundlos niedergeschlagen?

Darm & Immunsystem

- Haben Sie täglich öfter als 1-2x Stuhlgang?
- Ist der Stuhl dann breiig ?
- Haben Sie häufig übermäßige Blähungen?
- Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen?
Wenn ja, wie macht sich dies bemerkbar?

Leiden Sie an

- Verstopfung:
 - trockener, fester Stuhl
 - seltener Stuhlgang, alle 3 Tage oder noch später
- häufigen, wiederkehrenden Erkältungen oder Infektionen
- Allergien
- Heuschnupfen
- Neurodermitis
- Schuppenflechte
- Migräne

KONTAKT



Balduinstr.25

52525 Waldfeucht

Tel. 024 55 777 99 05

NEUN ZEHNTTEL UNSERES
GLÜCKES BERUHEN
ALLEIN AUF UNSERER
GESUNDHEIT“
SCHOPPENHAUER
1788-1860

- Haben Sie häufig Appetit auf Süßes?
- Neigen Sie zu unreiner Haut?
- Essen Sie häufiger Fertignkost, Fast Food, in der Kantine oder in Gaststätten/Imbiss?

Antioxydantien & freie Radikale

- Rauchen Sie?
- Trinken Sie mehr als 0,5 Liter Kaffee oder schwarzen Tee am Tag?
- Trinken Sie täglich weniger als 2 Liter Flüssig (ohne Kaffee, schwarzen Tee, Milch + Alkohol)
- Essen Sie täglich weniger als 5-8 Portionen frisches Obst, Gemüse und Salate?
- Gehen Sie gerne in die Sonne und/oder Solarium?
- Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche/wogegen (außer gegen hohen Blutdruck, Blutfettwerte, s.u.):

Sport & Regeneration

- Treiben Sie regelmäßig Sport?
Wenn ja, welche Sportart, wie häufig/intensiv?
- Leiden Sie häufig an Muskelkater?
- Würden Sie gerne Ihre sportliche Leistungsfähigkeit verbessern?

Mineralstoffe & Übersäuerung

Haben Sie

- Probleme einzuschlafen?
- Probleme durchzuschlafen?
- Wachen Sie morgens öfters auf ohne richtig erholt zu sein, trotz 7-8 Stunden Schlaf?

Haben Sie

- Rückenprobleme?
- manchmal Wadenkrämpfe?
- steife/müde Gelenke?
- öfters Sodbrennen?
- Osteoporose?
- Tinnitus (Ohrensausen)?
- Neigen Sie zu fahler Haut?
- Könnten Ihre Haut, Ihre Haare und Nägel besser aussehen?
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
(3x in der Woche oder öfter)

Figur & Bodyforming

- Würden Sie gerne Ihr Körper-Gewicht reduzieren, Ihre Figur verbessern?
- Haben Sie schon eine oder sogar mehrere Diäten hinter sich?
- Haben Sie manchmal unkontrollierten Heißhunger?

Kinder

- Fühlt sich Ihr Kind häufig schlapp und müde?
- Hat Ihr Kind Konzentrationsstörungen?
- Neigt Ihr Kind zur Überaktivität?
- Neigt Ihr Kind zu aggressivem Verhalten?
- Wünschen Sie sich für Ihr Kind bessere schulische Leistungen?

Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?

- Sehr wichtig
- wichtig
- unwichtig

Ihre persönliche Zielsetzung:

- Ich möchte mich gesünder ernähren
- Ich möchte mehr Energie haben und vitaler sein
- Ich möchte mein Hautbild verbessern
- Ich möchte mein Gewicht reduzieren, um _____ kg
- Ich möchte meine Lebensqualität verbessern

Besonderes Bedeutung ab dem 35.Lebensjahr

- Sind Sie Herzpatient?
- Hatten Sie schon einmal Herzstechen oder Herzrhythmusstörungen?
- Leiden Sie unter Bluthochdruck?
 Nehmen Sie einen Blutdrucksenker ein?
- Haben Sie erhöhte Cholesterinwerte?
 Nehmen Sie eine Blutfettsenker ein (Statin)?
- Haben Sie erhöhte Blutzuckerwerte?
- Haben Sie Zahnfleischprobleme, z.B. Parodontose?
- Sonstige Beschwerden: z.B. Wechseljahre, Prostata?

Ihre persönliche Zielsetzung:

- Ich möchte mich gesünder ernähren
- Ich möchte mehr Energie haben und vitaler sein
- Ich möchte mein Hautbild verbessern
- Ich möchte mein Gewicht reduzieren, um _____ kg
- Ich möchte meine Lebensqualität verbessern

Leiden Sie an anderen chronischen Krankheiten, z.B. Diabetes, Rheuma, Gicht? Welche?

Was und wie viel trinken Sie am Tag ?

Kaffee wie viel:

.....

Schwarzen Tee wie viel:

.....

Kräutertee wie viel:

.....Früchtetee

wie viel:

.....Cola

wie viel:

.....

Limonade wie viel:

.....

Säfte wie viel:

.....

Wasser mit Kohlensäure ¼ ltr ½ ltr 1 ltr 2 ltr

Wasser ohne Kohlensäure ¼ ltr ½ ltr 1 ltr 2 ltr

Leitungswasser ja nein

Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?

Sehr wichtig wichtig unwichtig

Welche Verbesserungen bezüglich Ihres Befindens, Ihrer Gesundheit oder Ihrer Figur sind für Sie derzeit besonders wichtig bzw. vorrangig?

Fast 70% aller Beschwerden und chronischen Erkrankungen entstehen durch eine jahrelange Mangelernährung Ihres Körpers und dem damit verursachten Mangel an wichtigen Vitalstoffen.

Nur wenn Ihre 70 Billionen Körperzellen täglich optimal versorgt sind, können sie optimal ihre täglichen Aufgaben erfüllen. Dies macht sich bei Ihnen durch ein hohes Wohlbefinden und ein hohes Energieniveau bemerkbar.

Neben einer Korrektur Ihrer täglichen Lebensmittelauswahl können Sie deutliche Verbesserungen durch eine gezielte Zufuhr der fehlenden Vitalstoffe erreichen. Hierdurch fühlen Sie sich innerhalb kurzer Zeit vitaler, wohler und werden deutlich leistungsfähiger.

Senden Sie mir Ihren ausgefüllten Vital-Check zur unverbindlichen & kostenlosen Auswertung einfach zu. Ich werde mich dann umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.


NEUE BALANCE FINDEN
NATURHEILPRAXIS
SANDRA SAUER-BECKER

Balduinstr.25

52525 Waldfeucht

Tel: 024 55 777 99 05

www.sandra-sauer-becker.de