



Dein Vitalcheck

Fülle Deinen Vitalcheck in Ruhe aus und bringe diesen zu Deiner Gesundheitsberatung mit. So kann Dein/-e Trainer/-in eine ideale Empfehlung für Dich auf Basis unseres Rad(t) des Erfolgs erstellen.

Dein Vorname: _____

Dein Nachname: _____

Was möchtest Du erreichen?

- Gesunder und fitter werden/bleiben
- Mehr Energie und Wohlbefinden
- Entgiften und Stoffwechsellaufbau
- Besser schlafen und regenerieren
- Schlanker werden und/oder bleiben
- Starkes Immunsystem
- Schmerzfrei werden/bleiben
- Entzündungen lindern
- Beweglicher sein/bleiben
- Gesundes Herz
- Stress reduzieren

Erinnere Dich an einen Tag zurück, an dem Du Dich richtig fit und gut gefühlt hast. An diesem Tag war Dein Energielevel bei 100%. Bei wieviel % befindet sich **Dein Energielevel** in den letzten 4 Wochen im Durchschnitt? Kreuze Dein erstes Gefühl an.

0%----->----->----->----->----->100%

Energie & Leistungsfähigkeit	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich fühle mich tagsüber kraft- / energielos					
Ich fühle mich abends müde, schlapp, abgespannt					
Ich bin nervös, gereizt, unausgeglichen					
Ich kann mich nicht gut konzentrieren					
Ich leide unter Kopfschmerzen und/oder Migräne					

Immunsystem und Verdauung	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich esse täglich mindestens 5 Portionen frisches Obst oder Gemüse					
Ich bin anfällig für Erkältungskrankheiten und Infekte					
Ich habe Probleme mit der Verdauung, Magen, Darm					
Ich rauche					
Ich vertrage Lebensmittel nicht gut					
Wenn ja, welche?					

Säure-Regulierung	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich habe Probleme ein-/durchzuschlafen					
Ich fühle mich gestresst und unter starkem Druck					
Ich leide unter Akne					
Ich habe trockene oder fettige Haut					
Ich habe Sodbrennen oder stoße sauer auf					
Ich habe brüchiges, sprödes Haar					
Ich habe ungleichmäßige Nageloberfläche					



Figur und Essverhalten	Ja	Nein	weiß nicht
Ich habe oft Heißhunger			
Wenn ich unregelmäßig esse, bekomme ich schlechte Laune			
Ich würde gerne Gewicht reduzieren			
Wenn ja, wieviel:	kg		

Allgemeiner Gesundheitszustand	Ja	Nein	weiß nicht
Ich habe Probleme / Herausforderungen mit:			
Blutdruck zu hoch / zu niedrig			
Cholesterin			
Schilddrüse			
Herz- /Kreislauf			
Osteoporose			
Arthrose			
Rheuma/Gelenke			
Harnsäure			
Leber / Niere			
Galle			
Neurodermitis / Schuppenflechte			
Diabetes			
<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2			

Mobilität	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich fühle mich unbeweglich					
Mir fehlt die Muskelkraft					
Ich habe Schmerzen...					
im Rücken <input type="checkbox"/> LWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> HWS					
in den Beinen					
in der Hüfte					
in den Armen / Schulter					

Optional Frauen	immer	manchmal	selten	nie	weiß nicht
Ich habe Wechseljahresbeschwerden					
Ich habe Beschwerden vor/während meines monatlichen Zykluses					
Ich verwende hormonell wirkende Verhütungsmethoden					

Bei diesem Thema wünsche ich mir besonders Unterstützung:	
---	--