



Datum _____

Bitte ausfüllen, für dich abspeichern und
für die optimale Begleitung und Beratung zurückschicken.
Dankeschön!

Meine Ziele

Was sind meine 3 Hauptziele?	Ja	Nein
Gesünder und fitter leben		
Mehr Energie und Wohlbefinden		
Entgiften und Stoffwechselaktivierung		
Schlanker werden/oder bleiben		
Biologisches Alter reduzieren		
Effektives Immunsystem		

Bewertung

Energie- und Leistungsfähigkeit	Immer	oft	selt en	nie
Ich fühle mich tagsüber kraft- und energielos				
Ich fühle mich abends müde, schlapp, abgespannt				
Ich bin nervös, gereizt, unausgeglichen				
Ich kann mich nicht gut konzentrieren				
Ich leide unter Kopfschmerzen /Migräne				
Ich trinke täglich mindestens 2 Liter Wasser				

Mein Energielevel befindet sich bei:

berücksichtige hierbei bewußt deine gesundheitlichen
Herausforderungen.



0%



100%

Immunsystem und Verdauung	Immer	oft	selten	nie
Ich esse tägl. mind. 5 Portionen fr. Gemüse und Salat				
Ich bin anfällig für Erkältungskrankheiten und Infekte				
Ich habe Herausforderungen mit der Verdauung, Magen, Darm				
Ich vertragen manche Lebensmittel nicht gut.				
Wenn ja welche?				
Ich rauche	JA		NEIN	

Säure Regulierung	Immer	oft	selten	nie
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 und stoße sauer auf.				
Ich habe brüchiges/sprödes Haar				
Ich habe ungleichmäßige Nageloberflächen				

Ich habe ein schwaches Bindegewebe/Probleme mit Cellulite	JA	NEIN
---	----	------

Sport und Regeneration	Immer	manchmal	selten	nie
Ich treibe Sport				
Ich bekomme Muskelkater/Muskelkrämpfe				

Ich benötige viel Zeit zur Regeneration nach Körper. Anstrengung	JA	NEIN
--	----	------

Diabetes	Typ 1	TYP 2
----------	-------	-------

Figur-und Essverhalten

Ich habe oft Heißhunger	Ja	Nein
Wenn ich unregelmäßig esse, bekomme ich schlechte Laune	Ja	Nein
Ich würde gern Gewicht reduzieren. Wenn ja wie viel?	KG	

Allgemeiner Gesundheitszustand

Ich habe Probleme / Herausforderungen mit:

Blutdruck zu hoch / zu niedrig	Ja	Nein
Cholesterin	Ja	Nein
Schilddrüse	Ja	Nein
Herz- Kreislauf	Ja	Nein
Osteoporose	Ja	Nein
Arthrose	JA	NEIN
Rheuma / Gelenke	JA	NEIN
Harnsäure	JA	NEIN
Leber/Niere	JA	NEIN
Galle	JA	NEIN
Neurodermitis /Schuppenflechte	JA	NEIN

Optional Kinder

	Immer	manchmal	selten	nie
Mein Kind isst Obst/Gemüse etc.				
Mein Kind hat Konzentrations-schwierigkeiten				
Mein Kind hat Allergien /Unverträglichkeiten				
Mein Kind ist verhaltensauffällig				

Frauen	Immer	manchmal	selten	nie
Wechseljahresbeschwerden				
Beschwerden während / vor meines Zykluses				

Wenn sich nur eine deiner Beeinträchtigung positiv verändern könnte, damit es Dir besser geht, würdest du diese Möglichkeit für dich prüfen und nutzen?

☐	Ja, selbstverständlich	☐	Nein, ich möchte nichts verbessern
--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------------------

Kontaktdaten

Name	
Geburtstag	
Straße	
PLZ - Ort	
Tel:	
Größe:	
Gewicht:	

Welche sind deine drei gesundheitlichen Herausforderungen welche du in jedem Fall verbessern möchtest?

1.	
2.	
3.	

**Bitte ausfüllen, für dich abspeichern und
für die optimale Begleitung und Beratung zurückschicken.
Dankeschön,
ich freue mich auf Dich!**