

## Gesundheits- und Fitnessumfrage

bitte ankreuzen

Ja      nein

1. Haben Sie tagsüber „Energielöcher“ und Probleme sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Leiden Sie ab und zu unter Kopfschmerzen und/oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Trinken Sie weniger als 2,5 L Flüssigkeit (kein Kaffee, kein Alkohol) pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Haben Sie schon einmal etwas über „freie Radikale“ gehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Gehen Sie gerne ins Solarium oder in die Sonne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Haben Sie Probleme mit der Verdauung, dem Darm oder dem Magen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Werden Sie regelmäßig von Allergien/Heuschnupfen heimgesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Leiden Sie an Neurodermitis oder Schuppenflechte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Essen Sie pro Tag 5-6 Portionen frisches Obst und Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Haben Sie manchmal Wadenkrämpfe und/oder steife und müde Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Haben Sie oft Probleme einzuschlafen und/oder einen erholsamen Schlaf zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Sind Sie von Osteoporose betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Haben Sie schon einmal etwas über Übersäuerung gehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Sind Sie über 35 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Leiden Sie unter HerzKreislaufbeschwerden und/oder hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Essen Sie 2-3 Mal pro Woche Lachs, Makrele oder Thunfisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Würden Sie gerne natürlich, gesund, mit guter Laune, ohne Jojo Effekt Gewicht/Fett verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Was sind für Sie die 3 wichtigsten Dinge?	Geld <input type="checkbox"/>	Gesundheit <input type="checkbox"/>	Freizeit <input type="checkbox"/>
	Familie <input type="checkbox"/>	Urlaub <input type="checkbox"/>	Beruf <input type="checkbox"/>
22. Wie viel sind Sie bereit pro Tag in Ihre Gesundheit zu investieren?	2€ <input type="checkbox"/>	3 € <input type="checkbox"/>	5 € <input type="checkbox"/>
23. Wenn Sie eines Ihrer Gesundheitsprobleme positiv verändern könnten und damit die Aussicht bestünde, dass es Ihnen dann besser ginge, würden Sie diese Möglichkeit für Ihre Gesundheit nutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Sind Sie an einer fachlichen Auswertung und weiteren Informationen interessiert? Dann geben Sie bitte Ihre Adresse an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon/e-mail \_\_\_\_\_