



Anrede Frau Herr
 Vorname _____
 Firma _____
 Geburtsdatum _____
 E-Mail _____
 Ich bin am besten erreichbar ab
 Straße + Nr _____

Name _____

Telefon _____

PLZ + Ort _____

Fragebogen für (mehr) Spaß an einem aktiveren Leben

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Fühlen Sie sich tagsüber manchmal kraft- und energielos? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich im Alltag oftmals gestresst und unter starkem Druck? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie häufig nervös, gereizt oder unausgeglichen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich abends oft müde, schlapp und angespannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich trotz ausreichend Schlaf häufig müde und unausgeglichen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie manchmal Probleme ein- oder durchzuschlafen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fällt es Ihnen manchmal schwer, sich zu konzentrieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Trinken Sie täglich mindestens 2 Liter stilles, reines Wasser? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Essen Sie täglich weniger als 5 Portionen (à 200 g) frisches Gemüse und Salat? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie anfällig für Erkältungskrankheiten und Infekte? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Probleme mit der Verdauung, dem Magen oder dem Darm? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht wirklich gut vertragen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte geben Sie Ihre Unverträglichkeiten an. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an Heuschnupfen oder anderen Allergien? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte geben Sie Ihre Allergien an. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie regelmäßig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie brüchiges, sprödes Haar oder ungleichmäßige Nageloberflächen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie ein schwaches Bindegewebe oder Probleme mit Cellulite? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie zu trockene oder fettige Haut oder leiden unter Akne? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie manchmal Sodbrennen oder stoßen Sie gelegentlich sauer auf? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bewegen Sie sich im Alltag? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Betreiben Sie regelmäßig zumindest leichten Sport? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie häufig an Muskelkater oder Muskelkrämpfen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Benötigen Sie längere Zeit, um sich nach dem Sport zu regenerieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie ein Leistungsplateau im Training erreicht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Würden Sie gerne Ihr Gewicht reduzieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte geben Sie in Kilogramm an, wieviel Gewicht Sie verlieren wollen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie oft Heißhunger oder werden missgelaunt, wenn Sie unregelmäßig essen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihr Blutdruck zu hoch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihr Blutdruck zu niedrig? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Ihre Cholesterinwerte zu hoch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Schilddrüsenprobleme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht ein Herz-/Kreislaufproblem? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Osteoporose? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Arthrose? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Gelenkschmerzen oder Rheuma? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Ihre Harnsäurewerte zu hoch? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie ein Leber- oder Nierenleiden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Probleme mit der Galle? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter einem Tinnitus? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Neurodermitis oder Schuppenflechte? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Diabetes oder eine Vorstufe? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte geben Sie den Typ an _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter weiteren Krankheiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte geben Sie die Krankheiten an _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bitte geben Sie die Medikamente an _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |