

TESTBOGEN FÜR DIE NAHRUNGSERGÄNZUNG

Testen Sie welche Stoffe Ihnen wirklich fehlen. Denn nur die richtige Kombination der Inhaltsstoffe, individuell auf Sie abgestimmte Qualitätsprodukte, werden Ihnen helfen wieder fit und vital durchs Leben zu gehen.

FRAGEBOGEN FÜR FRAUEN

Ihre Daten werden nicht weitergegeben. Falls Sie fragen haben können Sie mich unter Tel.Nr: +43 (0) 664-4523719 erreichen

NAME:		ALTER:	
ADRESSE:			
E-Mail:			
Wenn möglich Telefonnummer angeben:			

NUR DIE FRAGEN ANKREUZEN DIE SIE MIT JA BEANTWORTEN

<input type="checkbox"/>	SIND SIE ÜBER 40?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE WECHSELJAHRBESCHWERDEN?
<input type="checkbox"/>	SIND SIE HÄUFIG (EIGENTLICH GRUNDLOS) GEREIZT ODER NERVÖS?
<input type="checkbox"/>	FÜHLEN SIE SICH MANCHMAL GRUNDLOS BEDRÜCKT, ÄNGSTLICH ODER DEPRESSIV?
<input type="checkbox"/>	FÜHLEN SIE SICH AUFGEDUNSEN ODER HABEN SIE ÖDEME?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE SPANNUNGSGEFÜHL IN DEN BRÜSTEN?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE PROBLEME MIT BLASE ODER NIEREN?

<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE WENIGER ALS 5x TÄGLICH FRISCHES OBST UND GEMÜSE?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE WENIG FLEISCH? (WENIGER ALS 3x DIE WOCHE)
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE WENIG FISCH?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE VIEL WEIßES MEHL, (BROT, GEBÄCK), ZUCKER ODER ANDERE KOHLEHYDRATE (KUCHEN, SÄFTE, COLA UND CO.)
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE GERNE UND ÖFTER FETTE SPEISEN? (WURST;GEBACKENES USW.)
<input type="checkbox"/>	TRINKEN SIE GERNE SOFTGETRÄNKE (LIMO, BIER, SEKT)?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE HÄUFIG ABENDS?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE VIEL FLEISCH, FISCH, TIERISCHES EIWEIß? (FAST TÄGLICH, FLEISCH, JOGHURT, EIER, usw.)

<input type="checkbox"/>	FÜHLEN SIE SICH HÄUFIG GESTRESST?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE SCHLAFPROBLEME?
<input type="checkbox"/>	SIND SIE OFT UNKONZENTRIERT UND FAHRIG?
<input type="checkbox"/>	FÜHLEN SIE SICH OFT MÜDE UND SCHLAPP?
<input type="checkbox"/>	WÄREN SIE GERNE LEISTUNGSFÄHIGER?
<input type="checkbox"/>	SITZEN SIE HÄUFIG VOR DEM COMPUTER, FERNSEHER?
<input type="checkbox"/>	SIND SIE ZU WENIG AN DER FRISCHEN LUFT?
<input type="checkbox"/>	MACHEN SIE REGELMÄßIG BEWEGUNG ODER SPORT?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE BRÜCHIGE FINGERNÄGEL?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE FEINES HAAR ODER HAARAUSFALL?

<input type="checkbox"/>	SIND IN DER FAMILIE FÄLLE VON ALTERS- DIABETES AUFGETRETEN?
<input type="checkbox"/>	SIND ODER WAREN SIE RAUCHER?
<input type="checkbox"/>	IST IHR KÖRPERFETTANTEIL ZU HOCH?
<input type="checkbox"/>	MÖCHTEN SIE IHREN KÖRPERFETTANTEIL REDUZIEREN?
<input type="checkbox"/>	MÖCHTEN SIE EIN PAAR KILO ABNEHMEN?
<input type="checkbox"/>	NUR FALLS BEKANNT- IST IHR HOMOCYSTEINSPIEGEL ZU HOCH?
<input type="checkbox"/>	HABEN ODER HATTEN SIE AMALGANFÜLLUNGEN?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER BESCHWERDEN DIE TROTZ ORGANISCHER GESUNDHEIT AUFTRETEN?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE DARMPROBLEME?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE HÄUFIG SODBRENNEN NACH DEM ESSEN (SÜSSIGKEITEN, ALKOHOL usw.)
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER SCHLECHTER VERDAUUNG? (VERSTOPFUNG)?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE ANTIBIOTIKA EINGENOMMEN?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER RHEUMATISCHEN ODER ÄHNLICHEN SCHMERZEN?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER HEUSCHNUPFEN, ASTHMA oä.?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE MUSKELKRÄMPFE?

	LEIDEN SIE UNTER:
<input type="checkbox"/>	HOHEN BLUTDRUCK?
<input type="checkbox"/>	HOHE BLUTFETTWERTE ODER CHOLESTERIN?
<input type="checkbox"/>	HERZERHRANKUNGEN?
<input type="checkbox"/>	HERZRHYTHMUSSTÖRUNGEN?
<input type="checkbox"/>	DIABETES?
<input type="checkbox"/>	DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN (NEHMEN SIE EIN MEDIKAMENT DAGEGEN)?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE VENENPROBLEME?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE EIN SCHWACHES IMMUNSYSTEM (HÄUFIGE INFEKTIONEN)?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE ALLERGIEN, WENN JA WELCHE?

<input type="checkbox"/>	HABEN SIE BESENREISSER ODER COUPEROSE?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER HERPES?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE EIN SCHWACHES BINDEGEWEBE, CELLULITE, SCHLAFTE BAUCHDECKE ,usw.
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER NEURODERMITIS, SCHUPPENFLECHTE UNREINER HAUT ODER ANDERE HAUTPROBLEME?
<input type="checkbox"/>	NEIGEN SIE ZU TROCKENER, SCHUPPIGER HAUT?
<input type="checkbox"/>	NEIGEN SIE ZU KOPFSCHUPPEN?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE HAARAUSSFALL?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE FEINES GLANZLOSES HAAR?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE EINE PILZERKRANKUNG? (NAGEL, FUß, HAUT, SCHEIDE?)
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE ÖFTER EIERSTOCKENTZÜNDUNGEN, BLASENENTZÜNDUNGEN?

<input type="checkbox"/>	NEHMEN SIE REGELMÄßIG BZW. HÄUFIG ARZNEIMITTEL
<input type="checkbox"/>	PILLE
<input type="checkbox"/>	HORMON- PRÄPARATE
<input type="checkbox"/>	ANTIBIOTIKA
<input type="checkbox"/>	ABFÜHRMITTEL
<input type="checkbox"/>	ENTWÄSSERUNGSMITTEL
<input type="checkbox"/>	BLUTDRUCKMITTEL
<input type="checkbox"/>	ANDERE:

	WELCHE ANDERE BESCHWERDEN ODER BEFINDLICHKEITSSTÖRUNGEN MÖCHTEN SIE VERBESSERN ODER ÜBERHAUPT LOSWERDEN?

	WAS IST IHR VORDRINGLICHES ZIEL:
<input type="checkbox"/>	GEWICHTSREDUZIERUNG
<input type="checkbox"/>	MEHR LEISTUNGSFÄHIGKEIT
<input type="checkbox"/>	BESSERE ABWEHRKRÄFTE
<input type="checkbox"/>	MEHR VITALITÄT
<input type="checkbox"/>	HAUT UND HAARPROBLEME
<input type="checkbox"/>	SONSTIGE ZIELE:

	SCHREIBEN SIE MIR AUCH BITTE ETWAS ÜBER IHRE ERNÄHRUNG
	AM BESTEN SIE SCHREIBEN MIR AUF WAS SIE IN DEN LETZTEN 7 TAGEN GEGESSEN UND GETRUNKEN HABEN, JEDEN SCHLUCK WASSER , JEDEN BISSEN VON SÜßEM JEDEN SCHLUCK ALKOHOL usw.
	1.Tag
	2.Tag
	3.Tag
	4.Tag
	5.Tag
	6.Tag
	7.Tag

NUN NOCH ETWAS ORGANISATORISCHES:

Drucken Sie diesen Testbogen bitte aus und senden Sie den fertig ausgefüllten Testbogen mit der 20.- € Schutzgebühr an mich (ELFRIEDE MARTINU, 1190 WIEN, HEILIGENSTÄDTERSTR. 81-87/3/56). Wenn einer Ihrer Lieben oder Freunde auch Interesse haben, bitte Weitersagen. Ihren Fragebogen auszuwerten erfordert einiges an Zeit und Wissen! Die Schutzgebühr wird Ihnen bei einer Bestellung gutgeschrieben.

Falls Sie einen Scanner haben können Sie mir auch den fertig ausgefüllten Testbogen per e-Mail senden und die Schutzgebühr auf meine Konto (Erste Bank, Blz. 20111, Konto 377 34 814) einbezahlen.

BITTE VERGESSEN SIE NICHT IHREN NAMEN UND IHRE ADRESSE IN BLOCKBUCHSTABEN ANZUGEBEN