

## 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 MÄNNER

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

<b>NAME:</b>		<b>ALTER:</b>	
<b>ADRESSE:</b>			
<b>E-Mail:</b>			
<b>Wenn möglich Telefonnummer angeben:</b>			

#### NUR DIE FRAGEN ANKREUZEN DIE SIE MIT JA BEANTWORTEN

<input type="checkbox"/>	SIND SIE ÜBER 40?
<input type="checkbox"/>	FÜHLEN SIE SICH IMMER HÄUFIGER ÜBERFORDERT?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE MANCHMAL PROBLEME BEIM WASSERLASSEN?
<input type="checkbox"/>	FÜHLEN SIE SICH MANCHMAL GRUNDLOS BEDRÜCKT, ÄNGSTLICH ODER DEPRESSIV?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE PROBLEME MIT BLASE, PROSTATA ODER NIERE?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE WENIGER ALS 5 x TÄGLICH FRISCHES OBST UND GEMÜSE?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE EHER WENIGER FLEISCH?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE EHER WENIGER FISCH?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE VIEL WEIßES MEHL, ZUCKER UND SONSTIGE KOHLEHYDRATE? (BROT, KUCHEN, NUDELN usw.)?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE GERNE UND EHER OFT FETTE SPEISEN? (WURST, GEBACKENES, KNABBERGEBÄCK usw.)
<input type="checkbox"/>	TRINKEN SIE GERNE SOFTGETRÄNKE (LIMO, BIER, SEKT....)?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE HÄUFIG ABENDS?
<input type="checkbox"/>	ESSEN SIE VIEL TIERISCHES EIWEIß? (JOGHURT, EI, FLEISCH, 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 ODER FERNSEHER?
<input type="checkbox"/>	SIND SIE WENIG AN DER FRISCHEN LUFT?
<input type="checkbox"/>	MACHEN SIE REGELMÄßIG SPORT?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE BRÜCHIGE FINGERNÄGEL?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE HAARAUSFALL?

<input type="checkbox"/>	SIND IN IHRER FAMILIE 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 UND EIN PAAR KILO ABNEHMEN?
<input type="checkbox"/>	NUR FALLS BEKANNT- IST IHR HOMOCYSTEINSPIEGEL ZU HOCH?
<input type="checkbox"/>	HABEN ODER HATTEN SIE AMALGAN- FÜLLUNGEN?
<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?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER SCHLECHTER VERDAUUNG? (VERSTOPFUNG )
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE ANTIBIOTIKA EINGENOMMEN?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER RHEUMATISCHEN BESCHWERDEN ODER ÄHNLICHEN SCHMERZEN?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER HEUSCHNUPFEN, ASTHMA, usw.?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE MUSKELKRÄMPFE?

	<b>LEIDEN SIE UNTER:</b>
<input type="checkbox"/>	HOHEM BLUTDRUCK
<input type="checkbox"/>	HOHEN BLUTFETTWERTE, CHOLESTERINSPIEGEL?
<input type="checkbox"/>	HERZERKRANKUNGEN?
<input type="checkbox"/>	HERZ- RHYTMUSSTÖRUNGEN?
<input type="checkbox"/>	DIABETES?
<input type="checkbox"/>	DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN?
<input type="checkbox"/>	VENENPROBLEME?
<input type="checkbox"/>	SCHWACHES IMMUNSYSTEM ( HÄUFIGE INFEKTIONEN ETC. )?
<input type="checkbox"/>	ALLERGIEN ? WENN JA WELCHE?

<input type="checkbox"/>	HABEN SIE BESENREISER ODER COUPEROSE?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER HERPES?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE EIN SCHWACHES BINDEGEWEBE ODER CELLULITE?
<input type="checkbox"/>	LEIDEN SIE UNTER NEURODERMITIS, SCHUPPENFLECHTE, UNREINER HAUT ODER ANDEREN CRONISCHEN HAUTPROBLEMEN?
<input type="checkbox"/>	NEIGEN SIE ZU TROCKENER SCHUPPIGER HAUT?
<input type="checkbox"/>	NEIGEN SIE ZU KOPFSCHUPPEN ODER TROCKENE KOPFHAUT?
<input type="checkbox"/>	GLANZLOSE TROCKENE HAARE?
<input type="checkbox"/>	HABEN SIE EINE PILZERKRANKUNG? ( NAGEL, Fuß, HAUT, DARM)

<input type="checkbox"/>	NEHMEN SIE REGELMÄßIG HÄUFIG ARZNEIMITTEL
<input type="checkbox"/>	ANTIBIOTIKA
<input type="checkbox"/>	ABFÜHRMITTEL
<input type="checkbox"/>	BLUTDRUCKMITTEL
<input type="checkbox"/>	BLUTVERDÜNNUNG
<input type="checkbox"/>	ANDERE:

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

	<b>WAS MÖCHTEN SIE VORRANGIG ERREICHEN:</b>
<input type="checkbox"/>	GEWICHTSREDUZIERUNG
<input type="checkbox"/>	MEHR LEISTUNGSFÄHIGKEIT
<input type="checkbox"/>	BESSERE ABWEHRKRÄFTE
<input type="checkbox"/>	VITALITÄT
<input type="checkbox"/>	VERBESSERUNG DER BEFINDLICHKEITS- STÖRUNGEN
<input type="checkbox"/>	SONSTIGE ZIELE:

	SCHREIBEN SIE MIR AUCH BITTE ETWAS ÜBER IHRE ERNÄHRUNG
	SAGEN SIE MIR NOCH ETWAS ÜBER IHRE ERNÄHRUNG. AM BESTEN SIE SCHREIBEN 7 TAGE LANG EINFACH ALLES AUF WAS SIE ZU SICH NEHMEN. JEDEN BISSEN, JEDEN SCHLUCK (WASSER, LIMO, KAFFEE, 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). Geben Sie den Testbogen auch an Ihre Lieben und Freunde weiter, sie werden es Ihnen Danken. Ihren Fragebogen auszuwerten erfordert einiges an Zeit und Wissen! Die Schutzgebühr wird Ihnen bei der nächsten 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