

Ihr persönlicher Gesundheits- und Fitness-Check

Your Personal Health and Fitness Check

Name/Last Name: _____

Vorname/First Name: _____

Straße/Street: _____

PLZ und Ort/ Zip and City: _____

Alter/Age: _____

Tel./Phone: _____

	Ja/Yes	Nein/No
Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung, dem Magen oder Darm? Do you have problems with stomach, bowels, or digestion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen? Are there certain foods that you cannot eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu unreiner Haut? Are you prone to bad skin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie anfällig für Erkältungen oder Infektionen? Are you susceptible to colds and infections?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie regelmäßig von Allergien wie z.B. Heuschnupfen geplagt? Are you regularly troubled by allergies such as hay fever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig müde und erschöpft? Do you often feel tired and exhausted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihnen schwer, sich über längere Zeit zu konzentrieren? Is it difficult for you, to concentrate over a longer period of time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen und/oder Migräne? Do you often suffer from headaches and/or migraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie manchmal grundlos niedergeschlagen? Do you sometimes feel depressed without any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie öfter nervös und gereizt? Are you nervous and irritable from time to time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme, einzuschlafen? Do you have trouble falling asleep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachen Sie morgens öfters auf, ohne richtig erholt zu sein? Do you sometimes wake up not feeling rested?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufiger Wadenkrämpfe oder steife Gelenke? Do you often have muscle cramps or stiff joints?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich häufig gestresst? Do you often feel stressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrer Haut, Ihren Haaren und Ihren Nägeln unzufrieden? Are you unhappy with your skin, your hair and your nails?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie über 40 Jahre alt? Are you over 40 years of age?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol (an mind. 3 Tagen in der Woche)? Do you drink alcohol regularly (3 days per week or more)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen? Do you have to take medications regularly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Neun Zehntel unseres Glücks beruhen allein auf unserer Gesundheit“

“Nine-tenths of our happiness is based on our health alone“

(A. Schopenhauer, 1788 - 1860)

	Ja/Yes	Nein/No
Rauchen Sie? Do you smoke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie mehr als 1 Liter Kaffee oder schwarzen Tee pro Tag? Do you drink more than 1 liter (34 fl.oz.) of coffee or black tea per day?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie täglich weniger als 5 Portionen frisches Obst, Gemüse und Salat? Do you eat less than 5 portions of fresh fruits, vegetables and salads each day?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich weniger als 2 Liter Flüssigkeit (ohne Kaffee, schwarzen Tee, Alkohol, Milch, Cola)? Do you drink less than 2 liters (68 fl.oz.) of clear, calorie-free liquids per day (do not count coffee, tea, alcohol, milk, Coke)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie häufig Fertigmahl, in der Kantine oder am Imbiss? Do you often eat ready-to-serve meals, fast-food or in a cafeteria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie gerne in die Sonne oder ins Solarium? Do you like to spend time in the sun or a tanning salon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal etwas über „Freie Radikale“ gehört? Have you already heard about "Free Radicals"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Erfahrung mit Diäten? Do you often diet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden? Are you content with your weight?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie Ihren BMI oder Ihren Körperfettanteil? Do you know your body mass index or your body fat percentage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie Ihren Fettverbrennungsbereich? Do you know your fat burning range?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben Sie Sport? Do you exercise regularly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Sportart, wie häufig und wie intensiv? If yes, what type of exercise do you do? How often? At what intensity level?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sind für Sie die 3 wichtigsten Dinge im Leben?

What are the 3 most important things in your life?

Geld/Money Familie/Family Gesundheit/Health Beruf/Job Urlaub/Holiday Freizeit/Leisure time

Freunde/Friends Andere/Other _____

Wieviel ist Ihnen Ihre Gesundheit pro Tag wert?

How much is your health worth to you a day?

3 EUR/\$3

4 EUR/\$4

5 EUR/\$5

oder mehr pro Tag/or more per day

Ja/Yes

Nein/No

Wenn Sie eine Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen positiv verändern könnten damit es Ihnen besser ginge, würden Sie diese Möglichkeit für sich nutzen?

If you could positively influence your health and feel better overall, would you use the opportunity to do so?

Resultate erleben.
Experience Results.

FitLine®