Fragebogen zur Selbstreflexion (Teil 1 / Vor)

Datum: _____

Name: _____ Alter: _____

Wie stufst du heute deinen **aktuellen** Gesundheitszustand ein?



Dein persönliches Empfinden

Fühle mich energiegeladen	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Ich strotze vor Kraft und Ausdauer	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Ich regeneriere mich in kürzester Zeit	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Konzentrationsfähigkeit ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Merkfähigkeit ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Stimmung ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Mein Sehvermögen ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Mein Hautbild ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Ich schlafe	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Belastbarkeit ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER

Bluthochdruck? ❍ ja ❍ nein | Erhöhtes Cholesterin? ❍ ja ❍ nein
Bluter? ❍ ja ❍ nein | Raucher? ❍ ja ❍ nein
Hauterkrankungen? ❍ ja ❍ nein (entzündlich) | Hautunreinheiten? ❍ ja ❍ nein
Migräne? ❍ nie ❍ manchmal ❍ häufig | Diabetes? ❍ ja ❍ nein
Körpertemperatur? ❍<36° ❍36° – 37° ❍ >37° | Darmerkrankungen? ❍ ja ❍ nein

Nimmst du **Medikamente** / **Nährstoffpräparate** regelmäßig ein? ❍ ja ❍ nein Wenn ja, welche?

Präparat	Dosis	seit	Präparat	Dosis	seit

In ärztlicher Behandlung wegen: _____

Kurze Zusammenfassung meiner Beschwerden während der letzten 5 Jahre:

_____

_____

Welche Verbesserungen wünschst du dir durch die Einnahme von Omega3 (und K2+D3)?

_____

_____

Fragebogen zur Selbstreflexion (Teil 2 / Nach)

Datum: _____

Name: _____ Alter: _____

Wie stufst du heute deinen **aktuellen** Gesundheitszustand ein?



Dein persönliches Empfinden

Fühle mich energiegeladen	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Ich strotze vor Kraft und Ausdauer	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Ich regeneriere mich in kürzester Zeit	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Konzentrationsfähigkeit ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Merkfähigkeit ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Stimmung ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Mein Sehvermögen ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Mein Hautbild ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Ich schlafe	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER
Meine Belastbarkeit ist	Schlecht 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Gut 10 SUPER

Wie geht es dir gesundheitlich, hat sich etwas verändert?

_____

_____

_____