Was möchtest Du erreichen?

* Gesünder und fitter Leben
* Mehr Energie und Wohlbefinden
* Entgiften und Stoffwechselaufbau
* Besser schlafen und regenerieren
* Schlanker werden und bleiben
* Biologisches Alter reduzieren
* Effektiveres Immunsystem

Wir freuen uns dass Du Dich entschieden hast mit uns den ClearUp Vitalcheck durchzuführen.

Bitte Kreuze jeweils bei jeder Frage den Punkt an der am meisten auf Dich zutrifft.

Die Bewertung ist folgendermassen eingeteilt.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Trifft voll und ganz zu | trifft eher zu | Trifft eher nicht zu | Trifft gar nicht zu |

Energie und Leistungsfähigkeit

1. Fühlst Du dich Tagsüber manchmal kraft- und energielos?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

2. Bist du häufig gereizt nervös oder unausgeglichen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

3.Fühlst Du Dich abends oft müde, Schlapp und abgespannt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

4.Fällt es Dir manchmal schwer Dich zu konzentrieren

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

5. Leidest Du ab und zu unter Kopfschmerzen oder Migräne?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

6. Trinkst du täglich mind. 2 Liter stilles Wasser?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Immunsystem und Verdauung

7. Isst du täglich weniger als 5 Portionen à 200g frisches Gemüse und Salat?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

8. Bist Du anfällig für Erkältungskrankheiten und Infekte?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

9. Hast Du Probleme mit der Verdauung, dem Magen oder dem Darm

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

10. Gibt es Lebensmittel die Du nicht so verträgst?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Unverträglichkeiten: |  |  |  |

11. Leidest Du an Allergien / Heuschnupfen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Allergien: |  |  |  |

12. Rauchst du regelmäßig?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Säure Regulierung

13. Fühlst Du Dich trotz ausreichend Schlaf oft Müde und unausgeglichen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

14. Hast du manchmal Probleme ein- oder durchzuschlafen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

15. Fühlst Du Dich im Alltag oftmals gestresst oder unter starkem Druck?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

16. hast Du brüchiges sprödes Haar oder ungleichmäßige Nageloberflächen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

17. hast du schwaches Bindegewebe, Cellulite oder Krampfadern / Varizen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

18. Hast du trockene oder fettige Haut oder leidest Du unter Akne?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

19. Hast Du manchmal Sodbrennen oder saures Aufstoßen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Frauensache

20. Leidest du gegebenenfalls unter Wechseljahrbeschwerden?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

21. Hast du Beschwerden während Deinem monatlichen Zyklus?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

22. Verwendest Du eine hormonell wirkende Verhütungsmethode ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Sport und Regeneration

23. Betreibst Du regelmäßig zumindest leichte Bewegung oder Sport?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

24. Leidest Du häufig unter Muskelkater oder Muskelkrämpfen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

25. Brauchst Du längere Zeit um dich nach dem Sport zu regenerieren?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

26. Hast du ein Leistungsplateau im Training erreicht?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Figur und Essverhalten

27. Würdest du gerne Dein Gewicht reduzieren?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Wieviel: |  |  |  |

28. Hast du oft Heißhunger oder wirst grantig wenn Du unregelmäßig isst?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Optional: Kinder

29. Isst Dein Kind Enkel ungern Gemüse, Salat, Vollkorn oder Früchte?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

30. fällt es Deinem Kind/Enkel schwer sich zu konzentrieren?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

31. Leidet Dein Kind/ Enkel an Unverträglichkeiten, Allergien oder Verhaltens Auffälligkeiten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Allgemeiner Gesundheitszustand

32. Ist Dein Blutdruck zu hoch?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

33. Ist Dein Blutdruck zu niedrig

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

34.Sind deine Cholesterinwerte zu hoch?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

35. hast Du Schilddrüsenprobleme?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

36. Besteht ein Herz-/Kreislaufproblem?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

37. Leidest du unter Osteoporose?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

38. Leidest du unter Arthrose?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

39. hast Du Gelenkschmerzen / Rheuma?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

40. Sind Deine Harnsäurewerte zu hoch?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

41. Hast du Leber- oder Nierenleiden?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

42. Hast Du Probleme mit der Galle?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

43. Leidest Du unter einem Tinnitus?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

44. Leidest Du unter Neurodermitis oder Psoriasis?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

45.hast Du Diabetes oder eine Vorstufe?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Typ 1 |  | **Typ2** |  |

46. Leidest Du unter weiteren Krankheiten??

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Krankheit: |  |  |  |

47. Nimmst du regelmäßig Medikamente?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Medikamente: |  |  |  |

Kontaktdaten

Bitte ankreuzen:

Ja ich möchte gerne eine Auswertung und kostenfreie Beratung

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ja ich bin an einem unverbindlichen Vital-info-Vortrag interessiert

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  |  |
| Vorname: |  |  |  |
| Geb.Datum: |  |  |  |
| Tel./Mobile: |  |  |  |
| Erreichbar: |  |  |  |
| Straße: |  |  |  |
| PLZ/Ort: |  |  |  |
| E-Mail: |  |  |  |

Weitere Informationen zum Thema Gesundheit findest Du auch unter [www.womenspirit.ch](http://www.womenspirit.ch)

Hinweis: Deine persönlichen Daten werden selbstverständlich Vertraulich behandelt und keinesfalls an Dritte weitergegeben

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Größe: |  |  |  |
| Gewicht: |  |  |  |
| Alter: |  |  |  |
| Datum: |  |  |  |
| Durchlauf: |  |  |  |

**WomenSpirit, Aarstrasse 98, 3005 Bern www.womenspirit.ch**