

Ihr persönlicher Fitness-Check

Your Personal 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"/>
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? Do you often suffer from headaches?	<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 oder 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"/>
Rauchen Sie? Do you smoke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr persönlicher Fitness-Check

Your Personal Fitness Check

	Ja / Yes	Nein / No
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 Fertigmkost, 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
 Wohlbefinden / Well-being
 Beruf / Job
 Urlaub / Holiday
 Freizeit / Leisure time
 Freunde / Friends
 Andere / Other _____

Wieviel ist Ihnen Ihr Wohlbefinden pro Tag wert?
How much is your Well-being worth to you a day?

- 3 €
 4€
 5€
 oder mehr pro Tag / or more per day

Wenn Sie eine Ihrer Beeinträchtigungen positiv verändern könnten damit es Ihnen besser ginge, würden Sie diese Möglichkeit für sich nutzen?
If you could positively influence your Well-being and feel better overall, would you use the opportunity to do so?

- Ja / Yes
 Nein / No