



FRAGEBOGEN

für Ihre individuelle Empfehlung

Eigentlich kommen wir mit einem Garantieschein für viele glückliche Lebensjahre auf die Welt. Unser Herz, unsere Muskeln, das Immunsystem, unser Gehirn und viele Kilometer von elastischen Blutgefäßen sind natürlicherweise darauf angelegt, diese Garantie zu erfüllen und uns Fitness, Power, Lust, Freude und Kreativität zu schenken.

Dafür müssen wir nur jede einzelne unserer ca. 70 Billionen Körperzellen mit den erforderlichen Vitalstoffen versorgen.

Ernährungsgewohnheiten, Lebensumstände und sportliche Tätigkeiten beeinflussen den Nährstoffbedarf jedes Einzelnen auf unterschiedlichste Weise. Unter Zuhilfenahme dieses Fragebogens möchten wir Ihnen eine individuelle Empfehlung für eine gesündere Ernährung und gezieltere Nahrungsergänzung geben.

Angaben zur Person

Angaben zur Person

Vorname: _____

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

e-mail: _____

Bitte möglichst vollständig und gut leserlich ausfüllen!

Allgemeines

Allgemeines

Geschlecht: weiblich männlich Körperfettanteil (wenn bekannt): _____ %
Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Leben oder arbeiten Sie in einer Großstadt mit mehr als 100.000 Einwohnern? ja nein

Üben Sie beruflich eine schwere körperliche Arbeit aus? ja nein

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn JA, welchen und wie oft in der Woche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Konsumieren Sie Alkohol? nie selten oft

Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Streßfaktor (beruflich + privat) niedrig mittel hoch

Machen Sie gerade eine Diät? ja nein

Welche Diäten haben Sie schon probiert oder machen Sie noch?

Welche Ziele haben Sie sich innerhalb der 3 Monate gesetzt? (Problemzonen / Gewicht etc.)

Wie oft kann in der Woche trainiert werden?

Aktuelle Beschwerden

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden der letzten sechs Monate:

Körperliche Einschränkungen

(z.B. Bandscheibenvorfall etc.)

Allergien

keine Beschwerden Asthma Heuschnupfen Hautausschläge (Ekzeme) Nahrungsmittelallergie

Worauf reagieren Sie: _____

Körperliches Wohlbefinden

Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens
(Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden) keine leichte starke

Gelenk- und Muskelbeschwerden
(Kreuz-, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen) keine leichte starke

Starkes Schwitzen
(unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastung) oft selten nie

Schlafstörungen
(Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlechtes schlafen) keine leichte starke

Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft
(allgemeine Leistungsminderung, Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen, Gefühl weniger zu schaffen, zu erreichen; sich antreiben müssen, etwas zu unternehmen) keine leichte starke

Abnahme der Muskelkraft
(Schwächegefühl) keine leichte starke

Fühlen Sie sich häufig müde und abgespannt? ja nein

Haben Sie häufiger Kopfschmerzen? ja nein

Haben Sie Erkältungen oder Infekte? nie selten oft

Leiden Sie unter Konzentrationsschwäche oder Vergesslichkeit? nie selten oft

Haben Sie häufiger Muskelkrämpfe? ja nein

Finden Sie Ihr Körpergewicht zu hoch? ja nein

Psychisches Wohlbefinden

Reizbarkeit
(Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt) nie selten oft sehr oft

Nervosität
(innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können) nie selten oft sehr oft

Depressive Verstimmung
(Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen) nie selten oft sehr oft

Ist bei Ihnen in den letzten drei Monaten eine der folgenden Beschwerden aufgetreten?

Blähungen	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Verstopfung	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Durchfall	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Verdauungs-Probleme	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft

Stuhlgang

Wie oft haben Sie Stuhlgang	<input type="checkbox"/> mehrmals täglich
	<input type="checkbox"/> einmal täglich
	<input type="checkbox"/> 2-3 mal pro Woche
	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche

Kennen Sie Ihre Cholesterin-Werte

ja nein Wenn JA, tragen Sie bitte Ihre Werte ein:
 HDL: _____ LDL: _____ Gesamtcholesterin: _____

Ernährung

Wieviel Wasser trinken Sie täglich? _____ Liter

Trinken Sie regelmäßig Kaffee? _____ Tassen ja nein

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?

Essen:	nie	einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich		nie	einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide/Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Sonstige Angaben

Sonstige Angaben/z.B. Nahrungsergänzungen / Medikament

Gezielte Fragen an das TEAM



**Ja, ich möchte meine individuelle Nahrungsergänzungs-Empfehlung von Ihnen haben.
 Die Firma CADION garantiert, dass Ihre Angaben nur zu diesem Zweck und streng vertraulich verwendet werden!**

Ort / Datum:

Unterschrift