

# VITAL - CHECK



Name

Vorname

Straße

Plz / Ort

Land

E-Mail

Telefon-Nr.

Geb.-Dat.

Größe/cm

Gewicht/Kg

Bauchumfang

Kinder

ja

wie alt

nein

schwanger

ja

stille noch

nein

**VITAL - CHECK Seite 2**

<b>berufstätig</b>	ja	<input type="checkbox"/>	ja plus Familie	<input type="checkbox"/>	Schüler oder Student	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
<b>Beruf</b>	sitzende Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	sitzend mit gehen	<input type="checkbox"/>	langes Gehen / Stehen	<input type="checkbox"/>	schwere körperliche Arbeit	<input type="checkbox"/>
<b>Arbeitsplatz</b>	im Freien	<input type="checkbox"/>	in Räumen	<input type="checkbox"/>	kein/wenig Tageslicht	<input type="checkbox"/>		
<b>Entfernung Arbeitsplatz</b>	ca. 30 Min.	<input type="checkbox"/>	30 bis 90 Min.	<input type="checkbox"/>	mehr als 90 Min.	<input type="checkbox"/>	Außendienst	<input type="checkbox"/>
<b>Transportmittel</b>	zu Fuß	<input type="checkbox"/>	Auto	<input type="checkbox"/>	Bus / Bahn	<input type="checkbox"/>	keins (Homeoffice)	<input type="checkbox"/>
<b>Bildschirm (TV/PC etc)</b>	bis 2 Std. täglich	<input type="checkbox"/>	3 bis 6 Std. täglich	<input type="checkbox"/>	mehr als 6 Std. täglich	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
<b>Sport</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	2-3 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	ca. 1 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	kein Sport	<input type="checkbox"/>
<b>Sportart</b>	<input type="text"/>							
<b>frische Luft</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	2-3 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	ca. 1 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Schlaf</b>	7 bis 8 Std. täglich	<input type="checkbox"/>	weniger als 7 Std. tägl.	<input type="checkbox"/>	schlafe schlecht ein	<input type="checkbox"/>	schlafe sehr unruhig	<input type="checkbox"/>
<b>Stress</b>	oft	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	fühle mich erschöpft	<input type="checkbox"/>
<b>Rauchen Sie?</b>	ja	<input type="checkbox"/>	wie viele?	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
<b>Trinken Sie Alkohol?</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	2 bis 4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 3 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>wenn ja, bevorzugt</b>	Bier	<input type="checkbox"/>	Sekt / Weißwein	<input type="checkbox"/>	Rotwein	<input type="checkbox"/>	Schnaps etc.	<input type="checkbox"/>
<b>Trinken Sie Softdrinks?</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	2 bis 4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 3 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>wenn ja, bevorzugt</b>	Cola / Limonade	<input type="checkbox"/>	Eistee	<input type="checkbox"/>	Energy-drinks	<input type="checkbox"/>	Fruchtschorle	<input type="checkbox"/>
<b>Kaffee und schwarzer Tee</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	3 bis 4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Saft</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	3 bis 4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Wie viel Wasser trinken Sie in Lt.?</b>	Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	Leitungswasser	<input type="checkbox"/>	mit Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	kein Wasser	<input type="checkbox"/>

### VITAL - CHECK Seite 3

<b>Ernährungsweise</b>	Mischkost	<input type="checkbox"/>	vegetarisch	<input type="checkbox"/>	vegan	<input type="checkbox"/>	nur Rohkost	<input type="checkbox"/>
<b>pro Tag Anzahl Mahlzeiten</b>	1 bis 2	<input type="checkbox"/>	3 bis 4	<input type="checkbox"/>	mehr als 4	<input type="checkbox"/>		
<b>Zwischenmahlzeiten / Snacks</b>	1 bis 2	<input type="checkbox"/>	3 oder mehr	<input type="checkbox"/>	eigentlich ständig	<input type="checkbox"/>		
<b>wenn ja, bevorzugt</b>	Schokoriegel /Kekse etc.	<input type="checkbox"/>	Chips etc.	<input type="checkbox"/>	Joghurt etc	<input type="checkbox"/>	Obst / Gemüse	<input type="checkbox"/>
<b>täglich Obst</b>	1 bis 2 Portionen	<input type="checkbox"/>	mehr als 2 Portionen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
<b>täglich Gemüse</b>	1 bis 2 Portionen	<input type="checkbox"/>	mehr als 2 Portionen	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
<b>Nüsse und Samen</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
<b>Hülsenfrüchte</b>	1 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	mehr als 2 Mal	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Vollkornprodukte</b>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	3 bis 5 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	mehr als 5 Mal	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Weißmehlprodukte</b>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	3 bis 5 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	mehr als 5 Mal	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>zuckerhaltige Speisen</b>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	3 bis 5 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	mehr als 5 Mal	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Fleisch und Wurst</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	3 bis 4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>bevorzugt</b>	Schwein	<input type="checkbox"/>	Rind	<input type="checkbox"/>	Geflügel	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>
<b>Fisch</b>	1 mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	mehr als 2 Mal	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Meersfrüchte</b>	1 mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	mehr als 2 Mal	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Milch und Milchprodukte</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	3 bis 4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Eier</b>	mehr als 5 pro Woche	<input type="checkbox"/>	3 bis 4 pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 pro Woche	<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>
<b>Fett in meinen Produkten</b>	fettreduziert	<input type="checkbox"/>	normaler Fettgehalt	<input type="checkbox"/>	sehr fettaltig	<input type="checkbox"/>	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
<b>Fertiggerichte oder Kantine</b>	täglich	<input type="checkbox"/>	3 bis 4 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>

# VITAL - CHECK Seite 4

<b>Zustand Ihrer Haare</b>	gesund	<input type="checkbox"/>	trocken oder fettig	<input type="checkbox"/>	brüchig	<input type="checkbox"/>	Haarausfall	<input type="checkbox"/>
<b>Zustand Ihrer Nägel</b>	gesund	<input type="checkbox"/>	weich	<input type="checkbox"/>	brüchig oder rissig	<input type="checkbox"/>	Form- oder Farbfehler	<input type="checkbox"/>
<b>Zustand Ihrer Haut</b>	gesund	<input type="checkbox"/>	Rötungen	<input type="checkbox"/>	trocken	<input type="checkbox"/>	fettig / Pickel	<input type="checkbox"/>

## Beschwerden

keine	<input type="checkbox"/>	Akne	<input type="checkbox"/>	Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Burnout	<input type="checkbox"/>	Diabetes I	<input type="checkbox"/>	Diabetes II	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>	müde, erschöpft	<input type="checkbox"/>	oft Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	Nervosität	<input type="checkbox"/>	häufige Infekte *)	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Hashimoto	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	Tinnitus	<input type="checkbox"/>	Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	Krämpfe	<input type="checkbox"/>
Leber / Galle *)	<input type="checkbox"/>	Nieren *)	<input type="checkbox"/>	Darm *)	<input type="checkbox"/>	Magen *)	<input type="checkbox"/>

andere:

\*) bitte genauer

Allergien? Wenn ja welche

Nahrungsmittelunverträglichkeiten, welche?

Nahrungsergänzungen? Welche?

Nehmen Sie Medikamente?

ja	<input type="checkbox"/>	selten	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--------	--------------------------	------	--------------------------

Welche?

Abführmittel	<input type="checkbox"/>	Anti-Allergikum	<input type="checkbox"/>	Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	Asthmamedikamente	<input type="checkbox"/>
Abnehm-mittel	<input type="checkbox"/>	Blutdruck-mittel	<input type="checkbox"/>	Blutver-dünner	<input type="checkbox"/>	Cholesterin-senker	<input type="checkbox"/>
Cortison	<input type="checkbox"/>	Diabetes-Medikament	<input type="checkbox"/>	Diuretika	<input type="checkbox"/>	Gichtmittel	<input type="checkbox"/>
Herz-Tabletten	<input type="checkbox"/>	Pille	<input type="checkbox"/>	Säure-blocker	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsen-mittel	<input type="checkbox"/>
Schlaf-tabletten	<input type="checkbox"/>	Schmerz-mittel	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="text"/>		