



## Ihr Partner für Bewegung, Ernährung & Entspannung

Daniela Elsener & Stephan Schmiedler, Austrasse 25, 8134 Adliswil, Phone: 043 377 01 04, email: [happyconsulting@bluewin.ch](mailto:happyconsulting@bluewin.ch)

### Gesundheits - Check

Mit dieser Checkliste können Sie herausfinden, ob und wo Ihre Körpersysteme am stärksten aus dem Gleichgewicht gekommen sind. Die Auswertung mit einer Empfehlung unseren Möglichkeiten wird Ihnen per e-Mail, Post oder Telefax zurückgesandt. Es ist unverbindlich und ohne Verpflichtung. Die Daten werden vertraut behandelt.

Wir werden uns so bald als möglich bei Ihnen melden um ein Termin abzumachen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel P: \_\_\_\_\_ Tel G: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Fettanteil in %: \_\_\_\_\_ Fettanteil in Kg: \_\_\_\_\_

Welche Krankenkasse haben Sie? \_\_\_\_\_ Haben sie Zusatzversicherung? \_\_\_\_\_

Krankenkasse Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Was haben Sie für ein Ziel? \_\_\_\_\_

Warum möchten Sie es verändern? \_\_\_\_\_

Wie viel Zeit geben Sie sich? \_\_\_\_\_

0 = nein , 1= schwach , 2=deutlich, 3 = stark , 4 = ja

| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwanger _____                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hormonelle Probleme _____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Menstruationsprobleme _____                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wechseljahren Probleme _____                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen Darmprobleme _____                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herz/Kreislauf _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwaches Bindegewebe _____                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheuma /Weichteilrheuma _____               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gicht _____                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis _____                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthrose _____                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nieren/Blasenschwäche _____                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen _____                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muskelverspannung _____                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Körper-oder Mundgeruch _____                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nahrungsunverträglichkeit welche? _____     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antibiotika genommen _____                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medikamente genommen _____                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Raucher _____                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsschwäche _____                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gasbildung, Aufstossen nach dem Essen _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blähungen nach dem essen _____              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stressiger Lebensstil _____                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gier nach Süssigkeiten _____                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gier nach Mehlsachen _____                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gier nach Milchprodukte _____               |

0 = nein , 1 = schwach, 2 = deutlich 3 = stark, 4 = ja

| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | falls nötig, genauer Beschreib wie, wann, wieso                 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlafprobleme_____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchschlafproblemen ( Wann erwache ich)_____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wetterempfindlich_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neigung zur Verschleimung: Nase, Nebenhöhlen, Darm, Lunge_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depressionen _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aengste im Leben _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Energiemangel_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Häufig Erkältet _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewichtsproblemen_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Figurenprobleme_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche Diäten bereits gemacht_____                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kann das Idealgewicht/Figur nicht halten_____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ermüde schnell bei Aktivitäten_____                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlechte Essgewohnheiten_____                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erhole mich nur langsam bei Krankheiten_____                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Habe Verdauungsprobleme: Verstopfung, Durchfall, Blähungen_____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Täglich 1, 2, 3 oder mehr Stuhlgang_____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stuhlgang weich, mittel, hart_____                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Appetitlosigkeit_____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bin in einer Partnerschaft, Ehe_____                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bin Single_____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe Kinder 1, 2, 3 oder mehr _____                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich bin glücklich im Leben_____                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Habe Sorgen im Leben_____                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brüchige Fingernägel_____                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kaue Fingernägel_____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rissige, raue Hände_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | unreine Haut, wo?_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esse sehr fettreich_____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esse trinke viel schlechte Kohlenhydrate_____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esse gute Kohlenhydrate_____                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esse pflanzliche Eiweisse_____                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esse tierisches Eiweiss_____                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esse wenig Ballaststoffe_____                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trinke 1, 2, 3 oder mehr Kaffee_____                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leicht reizbar, schnell verärgert_____                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe eine sitzende Tätigkeit_____                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich habe Bewegung in meiner Tätigkeit_____                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich mache Sport in der Freizeit_____                            |

Ich bin Hobbysportler 1,2,3 mal Training pro Woche mit Plauschanlässen\_\_\_\_\_

Ich bin Leistungssportler und Trainiere mehr als 3 mal die Woche + Wettkampf\_\_\_\_\_

Schreiben Sie Ihre gewohnte Frühstücksauswahl auf\_\_\_\_\_

Schreiben Sie Ihre gewohnten Zwischenmahlzeiten auf\_\_\_\_\_

Schreiben Sie Ihre gewohnte Mittagessenauswahl auf\_\_\_\_\_

Schreiben Sie Ihr gewohnte Abendmahlzeitauswahl auf\_\_\_\_\_

habe auffallende Essgewohnheiten \_\_\_\_\_

Habe Suchtverhalten\_\_\_\_\_