

Aktuelle Beschwerden / Krankheiten

Medikamente (Hormone, Pille etc.)

Ihre Angaben

Name

Strasse

Ort

Mail

Geburtsdatum

Telefon

Gutschein
für eine persönliche,
kostenlose Beratung.



Kontakt Adresse:

Sonja Fahrni

Dipl. Naturheilpraktikerin
Dipl. Ernährungs- und Vitalstoffberaterin

+41 (0) 79 242 69 02
Sonja.Fahrni@outlook.com

www.Sonja-Fahrni.ch

Vital - Check

Wie fit bist Du...?



Ernährung ist nicht alles,
doch ohne optimale Ernährung
ist alles NICHTS!!!

Kennst Du ...	Nie / selten	manchmal	oft
Müdigkeit/Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsschwäche am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gereiztheit/Zickig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heisshunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkältungen/Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes/Fieberbläschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kennst Du...	Nie / selten	manchmal	oft
Nackenverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelkater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachstumsschmerzen (nachts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhige Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprobleme / Karies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseljahrbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steife Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orangenhaut / Cellulite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brüchige Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treiben DU Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmst DU Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeines ...	ja	nein
Trinkst du täglich 2 Liter Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinkst Du regelmässig Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Du Nichtraucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Dein Blutdruck erhöht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du erhöhte Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du dein Wunschgewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hast Du Erfahrung mit Diäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bist Duoft an der Sonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst Du Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährst Du dich vegan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isst Du täglich 5 Portionen Obst & Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Portionen Gemüse/Obst pro Tag	_____	
Anzahl Kaffee pro Tag	_____	

**Gesundheit
ist ein Geschenk,
das man sich selber
machen kann!**