

# VITAL-CHECK - Wie fit sind Deine Zellen?

© und überreicht von Silke Vonderlehr – Mail: vonderlehr@t-online.de Tel.: 0176-96 179 154

NAME \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

wie stark 1 = leicht 4 = sehr stark

	Haut/Haare/Nägel	ja	nein	1	2	3	4
1	Haben Sie weiße Flecken auf den Fingernägeln?						
2	Brechen die Nägel leicht ab?						
3	Leiden Sie unter Haarausfall?						
4	Ist Ihre Haut manchmal trocken?						
5	Reagieren Sie auf einige Lebensmittel allergisch?						
6	Haben Sie Hautprobleme zB. Akne oder Ekzeme?						
7	Heilen bei Ihnen kleine Wunden nur langsam?						
8	Leiden Sie unter Juckreiz?						
9	Bekommen Sie leicht Sonnenbrand?						
10	Leiden Sie unter häufigem Lippenherpes?						
11	Wird Ihre Haut leicht rissig (Hände oder Fersen)?						
12	Haben Sie oft blaue Flecken/geplatze Äderchen?						
13	Leiden Sie unter (Waden)Krämpfen?						
14	Haben Sie schwere, müde Beine, geschw. Knöchel oder Schmerzen i.d.Beinen?						
15	Hautfalte stehend? Handrücken						

■	■	■	■	■	■	■	■
			■		■		
■			■		■		
	■		■		■	■	
		■			■		■
	■			■	■		
	■			■	■		■
■			■	■	■		
■			■	■	■		■
			■	■	■		
			■		■		
	■				■		
■			■		■		
	■				■		
	■				■		

	Verdauung	ja	nein	1	2	3	4
16	Haben Sie Magenbeschwerden bei Kaffeegenuß?						
17	Haben Sie morgens gelegentlich Übelkeit?						
18	Haben Sie Durchfall oder Verstopfung?						
19	Haben Sie Blähungen?						
20	Haben Sie manchmal Sodbrennen?						
21	Leiden Sie unter Diabetes?						
22	Leiden Sie unter Völlegefühl / Aufstoßen?						
23	Ist Ihre Zunge belegt?						
24	Leiden Sie unter Appetitmangel?						
25	Körpergr. Cm _____ Gewicht _____ Bauchumfang _____						

■							■
	■					■	
	■						■
		■					■
■							■
	■					■	
■		■					■
■		■					■
							■
							■
							■
							■
							■
							■
							■

	Stoffwechsel, Inneres Gleichgew. und Antrieb	ja	nein	1	2	3	4
26	Wechseln Ihre Stimmungen häufiger?						
27	Haben Sie Schlafstörungen?						
28	Sind Sie häufig niedergeschl. od. depressiv?						
29	Fällt es Ihnen schwer sich zu freuen?						
30	Fahren Sie schnell aus der Haut?						
31	Fällt es Ihnen schwer ruhig zu sitzen?						
32	Fällt es Ihnen schwer aus dem Bett zu kommen?						
33	Reagieren Sie manchmal unbeherrscht?						
34	Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?						
35	Fühlen Sie sich oft ausgepowert, sehr müde und leer? Burnout?						
36	Hatten Sie schon einmal einen Gichtanfall?						

■							■
		■					■
■	■	■			■		■
■		■			■		■
■		■			■		■
	■				■		■
					■		■
					■		■
					■		■
					■		■
■	■	■	■	■	■		■
■		■			■		■

37	Ist Ihr Cholesterin erhöht?						
38	Haben Sie rheumatische Beschwerden?						
39	Leiden Sie unter hohem Blutdruck?						

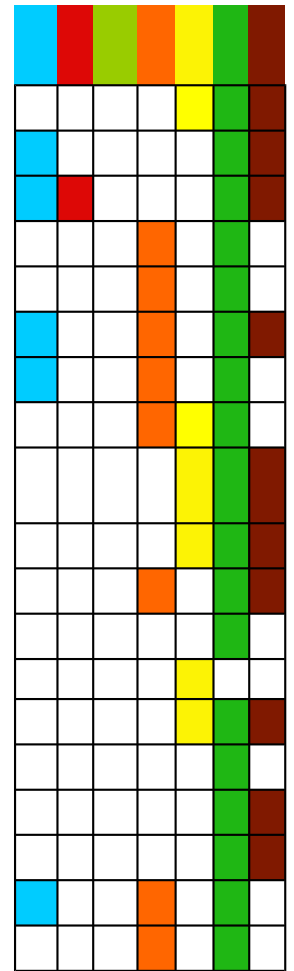

<b>Zähne/Zahnfleisch</b>		Ja	Nein	1	2	3	4
40	Leiden sie zeitweise unter schlechtem Atem?						
41	Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?						
42	Ist Ihr Zahnfleisch gerötet oder geschwollen?						
43	Leiden Sie unter Karies oder Parodontose?						


<b>Ernährungsgewohnheiten</b>	tgl.	wtl.	mtl
Äpfel			
Orangen			
Moosbeere			
Pfirsiche			
Ananans			
Pflaumen			
Papayas			
Kirschen			
Datteln			
Karotten			
Petersilie			
Rote Rüben			
Brokkoli			
Wirsing			
Grünkohl			
Weisskohl			
Spinat			
Tomaten			
Brombeeren			
Heidelbeeren			
Himbeeren			
Holunderbeeren			
schwarze Johannisbeeren			
Rote Johannisbeeren			
Concord Trauben			
Essen Sie Nüsse?			
Verwenden Sie Leinöl oder Fischöl? (Omega3)			
Wie oft essen sie pro Woche Fleisch/Wurst?			
Wie oft essen sie pro Woche Fisch?			

Wieviel trinken Sie täglich, und was?

---

<b>Persönliche Lebenssituation / erhöhter Vitalstoffbedarf</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	Sind Sie infektanfällig?						
	Migräne o. Sodbrennen auf Rotwein o. Sekt?						
44	Rauchen Sie?						
45	Erhöhter Stress						
46	Erhöhte Körperliche Belastung						
47	Alkohol?						
48	Erhöhte mentale/geistige Anforderungen?						
49	Sind Sie schwanger oder stillen Sie?						
50	Haben Sie eine Unverträglichkeit auf bestimmte Nahrungsmittel?						
51	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?						
52	Nehmen Sie die Pille?						
53	Sind Sie Solariumnutzer?						
54	geschlossenen Räumen?						
55	Essen Sie in Restaurant oder Kantine?						
56	Fällt das Frühstück öfter aus?						
57	Allergien bekannt?						
58	Schwitzen Sie viel?						
59	Treiben Sie Sport? Wie oft?						
60							
61							



Wie wichtig ist Ihnen Prävention (Gesundheitsvorsorge) ?

Was würden Sie sich an Lebensqualität wünschen?

Was tun Sie zur Erhaltung Ihrer Gesundheit

Was investieren Sie täglich für Ihre Gesundheit

Was könnte Sie daran hindern, Ihren Lebensstil zu optimieren?

Wo sehen Sie Änderungsmöglichkeiten?

Nehmen Sie regelm. Nahrungsergänzungsmittel? Welcher Art?

Was ist der erste/nächste Schritt?