

Vitalanalyse

Aktiv-Team

gesund – schön - fit - machen Sie mit?

Wie gesund sind Sie?

Welche Nährstoffe fehlen Ihnen?

In der Vorsorgemedizin wird der Ernährung ein immer höherer Stellenwert beigemessen, und vieles spricht dafür, dass unsere Nahrung sogar der Schlüssel zu unserer Gesundheit und Vitalität ist und eine wesentliche Rolle bei der Verhinderung und Heilung von Erkrankungen spielt.

Mittlerweile jedoch haben Stress und viele andere Belastungen des modernen Lebens zu zahlreichen Gesundheitsproblemen geführt - Grund genug, auch die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Ernährung zu erforschen. Trotz der großen Auswahl an Lebensmitteln, über die wir verfügen, essen wir nicht immer das Richtige. Aber gesundes Essen ist wegen seines Nährstoffgehaltes entscheidend für unser Wohlbefinden.

Die Ernährungstherapie befasst sich mit den Ursachen mangelnder Gesundheit. Sie empfiehlt Nährstoffe zur Behandlung bestimmter Krankheiten und hilft uns, in die Berechnung Ihres persönlichen Nährstoffbedarfs gehen Ihre Lebensweise und die körperlichen Anzeichen und Symptome ein, die mit einem Nährstoffmangel zusammenhängen.

Beantworten Sie die Fragen, so gut Sie können. Jedes Vitamin hat verschiedene Symptome. Haben Sie eines oder mehrere davon, so machen Sie bitte jeweils ein Kreuz davor. Viele Symptome tauchen mehr als einmal auf, weil ein Mangel an verschiedenen Nährstoffen sie auslösen kann.

Die Vitalanalyse ist kostenlos!!!

Spenden für wohltätige Zwecke werden gerne angenommen.

Karlheinz Thomma, Kto: 0234884034, BLZ: 73322380

Verwendungszweck: AktivTeam hilft SOS Kinderdärfer

Wenn Sie möchten, so füllen Sie bitte alle Fragebögen sorgfältig aus und schicken diesen an **Kay Thomma, Sonthofener Str. 58, 87544 Blaichach, Tel/ Fax: 08321-4332, e-mail: kaythomma@aol.com** zurück.

Die Bearbeitung dauert ca. 10 -14 Tage. Diese persönliche Gesundheitsanalyse ist immer für eine Person.

Möchten Sie mehr Analysen, z.B. für Familienmitglieder oder Verwandte, so kopieren Sie diese im Leerzustand.

Diese Analysen und Profile werden vom Büro der Ernährungsberatung - Aktiv-Team/Allgäu erstellt.

Uta Barthold, Bünaustr. 50, 01159 Dresden, Tel: 41 35 25 8

Vitalanalyse

Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ/ Ort:	
Tel.:			
Berater ID:	13696	Kontaktperson:	Uta Barthold
Service ID:		Alter:	
Größe/cm:		Gewicht/KG:	

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Name des Medikaments	Dosierung	Wie oft?	Welche Krankheit?
Beispieltablette	1/2 Tablette	3x tgl.	Bluthochdruck

Kreuzen Sie bitte zutreffendes an!

Nährstoffprofil

Befindlichkeitsstörungen a)	
<input type="checkbox"/>	Nachtblindheit
<input type="checkbox"/>	Empfindliche Muskeln
<input type="checkbox"/>	Akne
<input type="checkbox"/>	Augenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Trockene schuppige Haut
<input type="checkbox"/>	Kribbeln in den Beinen
<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit
<input type="checkbox"/>	Schuppen
<input type="checkbox"/>	Schneller Herzschlag
<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	Häufige Erkältung
<input type="checkbox"/>	Magenschmerzen

Befindlichkeitsstörungen b)	
<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlichkeit
<input type="checkbox"/>	Energiemangel
<input type="checkbox"/>	Grauer Star
<input type="checkbox"/>	Schlechtes Gedächtnis
<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit
<input type="checkbox"/>	Brüchige Nägel
<input type="checkbox"/>	Ekzeme oder Stumpfes fettiges Haar
<input type="checkbox"/>	Dermatitis
<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen/Migräne
<input type="checkbox"/>	Rissige Lippen

Befindlichkeitsstörungen c)	
<input type="checkbox"/>	Muskelzittern
<input type="checkbox"/>	Kribbeln in den Händen
<input type="checkbox"/>	Ödeme
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsmangel
<input type="checkbox"/>	Apathie
<input type="checkbox"/>	Depressionen
<input type="checkbox"/>	Energiemangel
<input type="checkbox"/>	Muskelzittern
<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit
<input type="checkbox"/>	Zähneknirschen

Befindlichkeitsstörungen d)	
<input type="checkbox"/>	Häufige Erkältungen
<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Langsame Wundheilung
<input type="checkbox"/>	Arthritis
<input type="checkbox"/>	Nasenbluten
<input type="checkbox"/>	Energiemangel
<input type="checkbox"/>	leicht blaue Flecken
<input type="checkbox"/>	Karies
<input type="checkbox"/>	Haarausfall
<input type="checkbox"/>	Schwache Knochen

Befindlichkeitsstörungen e)	
<input type="checkbox"/>	Erschöpfung nach leichtem Sport
<input type="checkbox"/>	Schlechtes Haarbild
<input type="checkbox"/>	Vorzeitig graues Haar
<input type="checkbox"/>	Dermatitis
<input type="checkbox"/>	Unfruchtbarkeit
<input type="checkbox"/>	Verlust des Muskeltonus
<input type="checkbox"/>	Krampfadern
<input type="checkbox"/>	Appetitmangel/Übelkeit

Befindlichkeitsstörungen f)	
<input type="checkbox"/>	Schlechter Geschmackssinn
<input type="checkbox"/>	Lernschwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	Ödeme
<input type="checkbox"/>	Trockenes Haar/Schuppen
<input type="checkbox"/>	hoher Cholesterinspiegel
<input type="checkbox"/>	häufige Infektionen
<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsstreifen
<input type="checkbox"/>	Akne oder fettige Haut

Befindlichkeitsstörungen g)	
<input type="checkbox"/>	Blasse Haut
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit/Lustlosigkeit
<input type="checkbox"/>	hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Muskelkrämpfe
<input type="checkbox"/>	Übelkeit/Appetitverlust
<input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/>	Karies
<input type="checkbox"/>	Schmerzende Zunge

Befindlichkeitsstörungen h)	
<input type="checkbox"/>	Krebs in der Familie
<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit
<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche
<input type="checkbox"/>	Grauer Star
<input type="checkbox"/>	hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Anzeichen für vorzeitiges Altern
<input type="checkbox"/>	Schneller Herzschlag
<input type="checkbox"/>	Epileptische Anfälle

Sollten Sie eine der unten aufgeführten Krankheiten haben, so kreuzen Sie diese bitte an. (max. 5)
Wir erstellen Ihnen dann ein persönliches Ernährungsprofil mit einem Nahrungsergänzungs-Menü.

<input type="checkbox"/>	Akne	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	Alkoholismus
<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	Blasenentzündungen
<input type="checkbox"/>	Dermatitis	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Erkältung und Grippe	<input type="checkbox"/>	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Brustkrebs
<input type="checkbox"/>	Chronischem Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Reizdarm
<input type="checkbox"/>	Muskelschmerz und Krämpfe	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenprobleme	<input type="checkbox"/>	Dickdarmentzündung
<input type="checkbox"/>	Haarprobleme	<input type="checkbox"/>	Candida Mykose	<input type="checkbox"/>	Gallensteine
<input type="checkbox"/>	Fettleibigkeit	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Schlafstörung
<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>	Magengeschwür

Energieprofil

	Benötigen Sie mehr als acht Stunden Schlaf pro Nacht?
	Sind Sie innerhalb von 20 Minuten nach dem Aufstehen ganz wach?
	Brauchen Sie etwas, um morgens in die Gänge zu kommen, wie z.B.: Kaffee, Zigaretten?
	Fühlen Sie sich tagsüber oft müde oder schläfrig?
	Wird Ihnen schwindelig oder werden Sie reizbar, wenn Sie sechs Stunden nichts gegessen haben?
	Vermeiden Sie sportliche Aktivitäten, weil Sie keine Energie haben?
	Schwitzen Sie nachts oder tagsüber viel, oder werden Sie durstig?
	Verlieren Sie manchmal die Konzentration, oder ist Ihr Kopf manchmal völlig leer?
	Haben Sie heute weniger Energie als früher?

Stressprofil

	Haben Sie Schuldgefühle, wenn Sie sich entspannen?
	Haben Sie ständig das Bedürfnis, anerkannt zu werden oder etwas zu leisten?
	Sind Ihre Lebensziele Ihnen nicht klar?
	Konkurrieren Sie gerne?
	Arbeiten Sie härter als die meisten anderen Leute?
	Erledigen Sie oft zwei oder drei Aufgaben gleichzeitig?
	Werden Sie ungeduldig, wenn Menschen oder Dinge Sie aufhalten?
	Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Einschlafen?
	Schlafen Sie unruhig?

Herz-Kreislauf-Profil

	Haben Sie einen Blutdruck von über 140/90?
	Haben Sie nach 15 Minuten Ruhe einen Puls von über 75?
	Liegt Ihr Gewicht mehr als 7 Kilo über Ihrem Idealgewicht?
	Rauchen Sie mehr als 5 Zigaretten täglich?
	Treiben Sie weniger als 2 Stunden wöchentlich intensiv Sport?
	Essen Sie mehr als einen Esslöffel Zucker am Tag?
	Essen Sie mehr als fünfmal wöchentlich Fleisch?
	Salzen Sie Ihre Speisen?
	Trinken Sie mehr als zwei alkoholische Getränke täglich?
	Sind in Ihrer Familie Herzkrankheiten oder Diabetes aufgetreten?

Immunprofil

	Haben Sie mehr als drei Erkältungen pro Jahr?
	Fällt es Ihnen schwer, eine Infektion abzubiegen?
	Neigen Sie zu Blasenentzündung?
	Nehmen Sie im Allgemeinen zwei- oder mehrmals jährlich Antibiotika?
	Hatten Sie im letzten Jahr einen größeren persönlichen Verlust?
	Ist in Ihrer Familie Krebs aufgetreten?
	Hatten Sie Tumore oder Knoten, die entfernt oder entnommen wurden?
	Haben Sie eine entzündliche Krankheit (Ekzeme, Asthma, Arthritis)?
	Leiden Sie unter Heuschnupfen?
	Leiden Sie unter allergischen Problemen?

Ihre Antworten werden alle Vertraulich behandelt und nicht Gespeichert!!!
Ihre Daten werden auch nicht an Dritte weitergegeben!!!