

# Befindlichkeitsanalyse

Förderverein für Gesundheit, Vitalität und Lebensqualität

<b>Name</b>	<b>Gewicht</b>	<b>Größe</b>	<b>Alter</b>
-------------	----------------	--------------	--------------

<b>Datum</b>	<b>Veranst.</b>
<b>Email Adresse</b>	<b>Tel:</b>

Gewicht:	Größe:	Geb:	
<b>Meine Probleme</b>	<b>(bitte ankreuzen)</b>		
<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Diabetes ( ) Typ 1 ( ) Typ 2	<input type="checkbox"/> ADS/ADHS	
<input type="checkbox"/> Verspannungen	<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Depressionen	
<input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/> Magengeschwür	<input type="checkbox"/> Parkinson	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Nierensteine	<input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer	
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Gallensteine	<input type="checkbox"/> Abgeschlagen/Müde	
<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Gereiztheit	
<input type="checkbox"/> Parodontitis	<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> Ängste	
<input type="checkbox"/> Karries	<input type="checkbox"/> Restless Legs	<input type="checkbox"/> Arthrose	
<input type="checkbox"/> Bindegewebsschwäche	<input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden	<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden	
<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	
<input type="checkbox"/> Schuppenflechte	<input type="checkbox"/> Übergewicht		
<input type="checkbox"/> Ekzeme	<input type="checkbox"/> Weitere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose	
<input type="checkbox"/> Rosazea		<input type="checkbox"/> Hashimoto	
<input type="checkbox"/> Pilze (innerlich)		<input type="checkbox"/> Basedow	
<input type="checkbox"/> Pilze (äußerlich)	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Weitere Autoimmunerkr.:	
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Probleme	<input type="checkbox"/> Fibromyalgie		
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Asthma (allergisch)	Sonstige Beschwerden	
<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Asthma (Belastung)		
<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> COPD		
<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> Krebs		
<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> Allergien		
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Lebensmittel		
<input type="checkbox"/> Reizdarm	<input type="checkbox"/> Hausstaub		
<input type="checkbox"/> Colitis Ulzerosa	<input type="checkbox"/> Tiere		
<input type="checkbox"/> Morbus Cron	<input type="checkbox"/> Immunschwäche		
<input type="checkbox"/> Fruktose Intoleranz	<input type="checkbox"/> Infekte		
<input type="checkbox"/> Laktose Intoleranz	<input type="checkbox"/> Gicht		
<input type="checkbox"/> Ich fühle mich extrem gestreßt			<input type="checkbox"/> Organtransplantation
<input type="checkbox"/> Ich fühle ständige Unruhe			<input type="checkbox"/> Kürzlich OP
<input type="checkbox"/> Ich bin total verspannt und kann nicht richtig abschalten			
<input type="checkbox"/> Ich fühle mich nach der Nacht nicht erholt			
<input type="checkbox"/> Ich kann mich kaum konzentrieren und bin oft vergesslich			

Selbstverständlich werden Ihre Daten streng vertraulich behandelt!  
 Ihre Daten werden nur für die Konzeptanalyse genutzt und nirgends gespeichert oder hinterlegt. Sie bekommen den Analysebogen nach der Auswertung zurück.