

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, Lebensmittel zu vermeiden, die Allergien auslösen können.

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!!!

Wenn Sie möchten, so füllen Sie bitte alle Fragebögen sorgfältig aus und schicken diese an uns zurück. Die Bearbeitung dauert ca. 10 - 14 Tage. Diese persönliche Gesundheitsanalyse ist immer für eine Person. Möchten Sie mehr Analysen, z.B. von Familienmitgliedern oder Verwandten, so fordern Sie bitte die benötigten Analysen bei uns an. Diese Analysen und Profile werden vom Büro
der

>Ernährungsberatung Allgäu< erstellt.

Kay Thomma, Sonthofener Str. 58, 87544 Blaichach, Tel. 08321/4332
Fax: 08321/4332, Funk: 0172-8226347; e - mail: kaythomma@aol.com

Nährstoffprofil

Befindlichkeitsstörungen a)

<input type="checkbox"/>	Nachtblindheit
<input type="checkbox"/>	Akne
<input type="checkbox"/>	Trockene schuppige Haut
<input type="checkbox"/>	Schuppen
<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	Häufige Erkältungen

<input type="checkbox"/>	Empfindliche Muskeln
<input type="checkbox"/>	Augenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit
<input type="checkbox"/>	Kribbeln in den Beinen
<input type="checkbox"/>	Schneller Herzschlag
<input type="checkbox"/>	Magenschmerzen

Befindlichkeitsstörungen b)

<input type="checkbox"/>	Lichtempfindlichkeit
<input type="checkbox"/>	Grauer Star
<input type="checkbox"/>	Stumpfes fettiges Haar
<input type="checkbox"/>	Ekzeme oder Dermatitis
<input type="checkbox"/>	Brüchige Nägel
<input type="checkbox"/>	Rissige Lippen

<input type="checkbox"/>	Energiemangel
<input type="checkbox"/>	Durchfall
<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit
<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen/Migräne
<input type="checkbox"/>	Schlechtes Gedächtnis
<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit

Befindlichkeitsstörungen c)

<input type="checkbox"/>	Muskelzittern
<input type="checkbox"/>	Apathie
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsmangel
<input type="checkbox"/>	Energiemangel
<input type="checkbox"/>	Zähneknirschen

<input type="checkbox"/>	Ödeme
<input type="checkbox"/>	Kribbeln in den Händen
<input type="checkbox"/>	Depressionen
<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit
<input type="checkbox"/>	Muskelzittern

Befindlichkeitsstörungen d)

<input type="checkbox"/>	Häufige Erkältungen
<input type="checkbox"/>	Energiemangel
<input type="checkbox"/>	Nasenbluten
<input type="checkbox"/>	Langsame Wundheilung
<input type="checkbox"/>	Leicht blaue Flecken

<input type="checkbox"/>	Arthritis
<input type="checkbox"/>	Rückenschmerzen
<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"/>	Krampfadem
<input type="checkbox"/>	Unfruchtbarkeit
<input type="checkbox"/>	Verlust des Muskeltonus

<input type="checkbox"/>	Dermatitis
<input type="checkbox"/>	Schlechtes Haarbild
<input type="checkbox"/>	Vorzeitig graues Haar
<input type="checkbox"/>	Appetitmangel/Übelkeit

Befindlichkeitsstörungen f)

<input type="checkbox"/>	Schlechter Geschmacksinn
<input type="checkbox"/>	Häufige Infektionen
<input type="checkbox"/>	Schwangerschaftsstreifen
<input type="checkbox"/>	Akne oder fettige Haut

<input type="checkbox"/>	Trockenes Haar/Schuppen
<input type="checkbox"/>	Lernschwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	Hoher Cholesterinspiegel
<input type="checkbox"/>	Ödeme

Befindlichkeitsstörungen g)

<input type="checkbox"/>	Blasse Haut
<input type="checkbox"/>	Müdigkeit/Lustlosigkeit
<input type="checkbox"/>	Übelkeit/Appetitverlust
<input type="checkbox"/>	Schmerzende Zunge

<input type="checkbox"/>	Muskelkrämpfe
<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen
<input type="checkbox"/>	Karies

Befindlichkeitsstörungen h)

<input type="checkbox"/>	Krebs in der Familie
<input type="checkbox"/>	Anzeichen für vorzeitiges Altern
<input type="checkbox"/>	Grauer Star
<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck

<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche
<input type="checkbox"/>	Schlaflosigkeit
<input type="checkbox"/>	Epileptische Anfälle
<input type="checkbox"/>	Schneller Herzschlag

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"/>	Alkoholismus
<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris
<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Brustkrebs
<input type="checkbox"/>	Candida - Mykose	<input type="checkbox"/>	Chronische Erschöpfung
<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>	Dickdarmentzündung
<input type="checkbox"/>	Dermatitis	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	Erkältung und Grippe
<input type="checkbox"/>	Fettleibigkeit	<input type="checkbox"/>	Gallensteine
<input type="checkbox"/>	Gicht	<input type="checkbox"/>	Haarprobleme
<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	Krampfadern
<input type="checkbox"/>	Magengeschwüre	<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen-/Krämpfe
<input type="checkbox"/>	Reizdarm	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenprobleme
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen

Energieprofil

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

Stressprofil

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

Herz-Kreislauf-Profil

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

Immunprofil

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

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