



DK-Wellness GmbH

Umfrage zum allgemeinen Wohlbefinden

	JA	NEIN
Haben Sie morgens Schwierigkeiten auf Touren zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie tagsüber Energielöcher und Probleme sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt Ihr Stoffwechsel nicht so richtig in die Gänge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich generell nicht ganz wohl in Ihrer Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schlafprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissen Sie warum ein abgestimmter Säure/Basenhaushalt gut für die Gesundheit ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wissen sie warum eine Darmreinigung gesundheitsfördernd wirkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trinken Sie weniger als 2,5 Liter pro Tag (ohne Kaffee und Alkohol) pro Tag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie pro Tag weniger als 5-6 Portionen frisches Obst und Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie allfällig für Erkältungen und Infekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie regelmässig von Allergien/Heuschnupfen heimgesucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie unter schlechtem Bindegewebe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit Ihren Haaren und ihrer Haut unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft kalt und sind am frösteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Probleme mit der Verdauung, dem Darm oder dem Magen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gehen Sie gerne an die Sonne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegen Sie sich regelmässig mit leichter Bekleidung in der freien Natur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie die meiste Zeit am Computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal steife und müde Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie manchmal Muskelschmerzen und Krämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an Herz- oder Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Bluthoch oder Tiefdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Blutfettwerte zu hoch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie unter Wechseljahrbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Leiden Sie unter Konzentrationsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Haben Sie oft zu wenig Lebensenergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie oft unter Blasen und/oder Nierenproblemen resp. Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Tränensäcken am Morgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie Gewicht reduzieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

Wieviel sind Sie bereit pro Tag in Ihre Gesundheit zu investieren CHF 4.- CHF 5.- CHF 6.-

Wenn Sie eine Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen positiv verändern könnten, damit es Ihnen besser ginge, würden Sie diese Möglichkeit für sich nutzen?

Sind Sie an einer fachlichen Auswertung und weiteren Informationen interessiert

Datum _____ Name _____ Alter _____

Telefon _____ e-Mail _____