

Der große Versorgungslücken-Check für Vital- und Bioaktivstoffe

Mit der richtigen Ernährung und einer optimalen Versorgung an Vital- und Bioaktivstoffen können wir großen Einfluss auf Wohlbefinden, Vitalität, Aussehen und Gesundheit nehmen. Oft sind beispielsweise Probleme mit Haut, Haaren und Nägeln die ersten Anzeichen eines Vital- und Bioaktivstoff-Mangels.

Eine optimale Versorgung mit Vital- und Bioaktivstoffen ist die wichtigste Voraussetzung für den **Schutz aller Zellen und Organe vor der zerstörerischen Wirkung von Säureschlacken und so genannten freien Radikalen**. Diese sind die Hauptverantwortlichen für eine vorzeitige Alterung und Leistungsminderung. Unser Körper benötigt viele Vital- und Bioaktivstoffe jedoch nicht nur für die Vorbeugung, sondern auch für die **schnelle und reibungslose Reparatur von bereits entstandenen Schäden**.

Der Fragebogen **”Der große Versorgungslücken-Check für Vital- und Bioaktivstoffe”** wird Ihnen helfen,

- einen möglichen Zusatzbedarf für wichtige Nährstoffe aufgrund Ihrer ganz persönlichen Lebens- und Umweltbelastungen zu erkennen.
- Gefahren für eine Unterversorgung mit Vital- und Bioaktivstoffen in Ihren Ernährungsgewohnheiten aufzudecken.
- Hinweise auf Versorgungslücken für lebensnotwendige Nährstoffe anhand von Störungen Ihres Wohlbefindens zu ermitteln.

Wichtiger Hinweis

Der große Versorgungslücken-Check ist eine sehr aufwändige Analyse Ihrer Lebens- und Umweltbedingungen sowie Ihrer Ernährungsgewohnheiten und Ihres Befindens. Die Auswertung und die Erstellung Ihrer persönlichen Empfehlungen erfolgt durch einen Arzt für Naturheilverfahren. Deshalb bitten wir um Verständnis, dass wir diesen Service leider nur kostenpflichtig gegen Vorkasse anbieten können.

Ihr persönlicher Versorgungslücken-Check kostet 49 €.

Drucken Sie den Fragebogen bitte aus und nehmen Sie sich für die Beantwortung ca. 15-20 Minuten Zeit. Je genauer Ihre Antworten auf die Fragen sind, desto besser können auch die Empfehlungen sein, was Sie in Zukunft für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden, aber natürlich auch für Ihre Schönheit und Attraktivität tun können. Schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit der Einzugsermächtigung für Ihr Konto auf der letzten Seite bitte an Stefanie Kannenberg, Im Siebigfeld 80, 37115 Duderstadt.

Die Auswertung des großen Versorgungslücken-Checks und Ihre persönlichen Empfehlungen von einem Arzt für Naturheilverfahren erhalten Sie dann innerhalb von drei bis vier Wochen per Post.

Fragebogen zum großen Versorgungslücken-Check

A. Allgemeine Arbeits- und Lebensumstände

- | | |
|---|---|
| 1. Üben Sie eine schwere körperliche Tätigkeit oder eine stark einseitig belastende Arbeit aus? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Arbeiten Sie überwiegend in geschlossenen und /oder klimatisierten Räumen oder Werkhallen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Arbeiten Sie hauptsächlich im Sitzen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Arbeiten Sie häufig an einem Bildschirm? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Sind Sie beruflich oder privat viel mit dem Auto unterwegs? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sehen Sie abends häufig lange fern (länger als 4 Stunden)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Sind Sie Raucher? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8. Ist Ihr Partner/Ihre Partnerin Raucher(in)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9. Trinken Sie häufiger (mehr als 2x wöchentlich) Alkohol? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10. Trinken Sie mehr als 2 Tassen Kaffee oder schwarzen Tee pro Tag? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11. Treiben Sie regelmäßig Sport (mindestens 2x wöchentlich)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12. Haben Sie einen erholsamen Schlaf? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

B. Umwelteinflüsse

Bitte auch bei den Fragen zutreffendes (Arbeitsplatz und/oder Wohnung) ankreuzen.

- | | |
|---|---|
| 1. Wohnen Sie in einer Großstadt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Wohnen Sie in der Nähe eines Industrie- bzw. Gewerbegebietes? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Wohnen Sie an einer Hauptverkehrsstraße? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Wohnen Sie in der Nähe einer Industrieanlage, einer Hochspannungsleitung, einer Radar- oder Sendeanlage, einer Tankstelle, einer chemischen Reinigung, einer Mülldeponie oder einer Müllverbrennungsanlage? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Fahren Sie täglich mehr als eine Stunde im Auto? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Sind Sie an Ihrem <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz und/oder in Ihrer <input type="checkbox"/> Wohnung Lärm- und Geruchsbelästigungen ausgesetzt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7. Haben Sie an Ihrem <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz und/oder in Ihrer <input type="checkbox"/> Freizeit Kontakt zu chemischen Substanzen wie beispielsweise Farben, Lacken, Ölen, Schmierstoffen oder Benzin? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

8. Müssen Sie an Ihrem Arbeitsplatz wegen des Kontaktes zu Gefahrstoffen eine besondere Arbeitsschutzkleidung (z. B. Schutzanzug, Atemschutz, Schutzbrille) tragen? ja nein
9. Haben Sie Amalgamfüllungen in Ihren Zähnen? ja nein
10. Haben Sie Zahnfüllungen aus unterschiedlichen Metalllegierungen (zum Beispiel Amalgam- und/oder Palladium- und/oder Goldfüllungen)? ja nein
11. Haben Sie Zahnbrücken? ja nein
12. Liegt an Ihrem Arbeitsplatz und/oder in Ihrer Wohnung ein synthetischer Teppichboden oder ein Fußbodenbelag aus Kunststoff (zum Beispiel Linoleum, PVC)? ja nein
13. Ist der Teppichboden oder Fußbodenverlag verklebt? ja nein
14. Befinden sich in Ihren Wohn- und/oder Arbeitsräumen Wand- oder Deckenverkleidungen aus Kunststoff? ja nein
15. Befinden sich in Ihrer Wohnung und/oder an Ihrem Arbeitsplatz Einrichtungsgegenstände aus oder mit Spanplatten und/oder Kunststoff? ja nein
16. Befinden sich in Ihren Wohn- und/oder Arbeitsräumen behandelte Holzverkleidungen oder behandelte Holz- oder Parkettfußboden? ja nein
17. Befinden sich in Ihrer Wohnung und/oder an Ihrem Arbeitsplatz Einrichtungsgegenstände aus Leder? ja nein
18. Befinden sich in Ihrer Wohnung und/oder an Ihrem Arbeitsplatz behandelte Holzmöbel? ja nein
19. Ist Ihre Wohnung und/oder Ihr Arbeitsraum mit Wärmeschutzfenstern ausgestattet? ja nein
20. Befinden sich elektrische Geräte (z. B. Radio, Fernseher) in Ihrem Schlafzimmer? ja nein
21. Lüften Sie Ihre Wohn- und Arbeitsräume mehrmals täglich? ja nein
22. Ist Ihr Schlafzimmer mit einem so genannten Netzfreischalter ausgestattet? ja nein

C. Ernährung

1. Trinken Sie mindestens 2 Liter Flüssigkeit täglich? ja nein
2. Ernähren Sie sich überwiegend vegetarisch? ja nein
3. Essen Sie täglich Vollkornbrot, Müsli oder andere Getreidegerichte? ja nein
4. Essen Sie täglich mindestens 250 g Obst (entspricht zum Beispiel etwa 3 Äpfeln)? ja nein

5. Essen Sie täglich mindestens 200 g Gemüse? ja nein
6. Essen Sie täglich Salat? ja nein
7. Machen Sie Salat mit kaltgepressten Pflanzenölen, Nüssen oder Sonnenblumenkernen an? ja nein
8. Essen Sie täglich mindestens 4 Kartoffeln? ja nein
9. Ziehen Sie Pellkartoffeln Salzkartoffeln vor? ja nein
10. Trinken Sie täglich Milch bzw. essen Sie täglich Milchprodukte (z. B. Joghurt, Käse)? ja nein
11. Bevorzugen Sie fettarme Milchprodukte (Milch und Joghurt mit 1,5% Fett, Käse mit höchstens 40% Fett)? ja nein
12. Essen Sie häufiger Sauermilchprodukte wie Kefir, Dickmilch oder Rohkäse? ja nein
13. Essen Sie mindestens zweimal wöchentlich frischen Meeresfisch? ja nein
14. Ziehen Sie Geflügelfleisch anderen Fleischarten wie Schweine-, Rind- und Hammelfleisch vor? ja nein
15. Bevorzugen Sie fettreduzierte Wurst? ja nein
16. Ziehen Sie Geflügelwurst der "normalen" Wurst vor? ja nein
17. Ziehen Sie fettreduzierten Käse und/oder pflanzliche Brotaufstriche einem Brotbelag mit Wurst vor? ja nein
18. Verwenden Sie zum Salzen von Speisen jodiertes Speisesalz? ja nein
19. Verwenden Sie bei der Zubereitung Ihrer Speisen viel Salz oder salzen Sie Speisen häufig nach? ja nein
20. Essen Sie häufiger als zweimal wöchentlich Fleisch? ja nein
21. Panieren Sie Fleisch und Fisch vor dem Braten? ja nein
22. Essen Sie häufiger als dreimal wöchentlich Wurst? ja nein
23. Essen Sie häufiger Leber-, Tee-, Fleisch- und Mettwurst und/oder Schmalz? ja nein
24. Kaufen Sie überwiegend abgepackte Wurst und abgepackten Käse? ja nein
25. Kaufen Sie häufiger Konserven? ja nein
26. Essen Sie häufiger geräucherte Fleisch- und/oder Fischwaren? ja nein
27. Essen Sie häufiger gepökelte Fleischwaren (zum Beispiel Würstchen)? ja nein
28. Essen Sie häufiger in Kantinen/Gaststätten/Restaurants/Hotels? ja nein
29. Lassen Sie häufiger eine Hauptmahlzeit aus oder ersetzen Sie sie durch Bockwurst/Bratwurst/Currywurst, Pommes frites, Hamburger, Hot Dogs oder süße Zwischenmahlzeiten? ja nein

30. Essen Sie häufig Süßigkeiten wie Schokolade, Schokoriegel, Pralinen oder Torte? ja nein
31. Essen Sie häufig Kartoffelchips, Erdnüsse und/oder andere Knabberreien? ja nein
32. Nehmen Sie Ihr Abendbrot häufiger erst spät (nach 19 Uhr) zu sich? ja nein
33. Ist Ihr Abendbrot häufiger eine große, warme Mahlzeit? ja nein
34. Trinken Sie häufig Limonaden und Cola-Getränke? ja nein

D. Gesundheit

1. Sehen Sie nachts, zum Beispiel beim Autofahren, schlecht? ja nein
2. Tränen Ihre Augen leicht? ja nein
3. Ist Ihre Haut rau und schuppig? ja nein
4. Fühlen Sie sich häufig müde und energielos? ja nein
5. Sind sie erkältungs- und grippeanfällig? ja nein
6. Haben Sie öfter kalte Hände oder Füße? ja nein
7. Sieht Ihre Haut trotz Pflege fettig aus? ja nein
8. Haben Sie ein schlaffes Bindegewebe (neigen Sie zu Krampfadern, Hämorrhoiden, Cellulitis)? ja nein
9. Treten bei Ihnen leicht Muskelkater und Wadenkrämpfe auf? ja nein
10. Sind Sie körperlich schnell erschöpft? ja nein
11. Nehmen Sie häufiger Abführmittel ein? ja nein
12. Heilen bei Ihnen Wunden schlecht? ja nein
13. Haben Sie Zahnfleischbluten? ja nein
14. Leiden Sie häufiger unter Herpesbläschen? ja nein
15. Leiden Sie häufig unter einem Kribbeln in den Händen und/oder Füßen? ja nein
16. Sind Sie häufig appetitlos? ja nein
17. Sind Sie häufig nervös? ja nein
18. Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein
19. Sind Sie häufiger grundlos verstimmt oder labil? ja nein
20. Haben Sie häufiger schmerzhaft, eingerissene Mundwinkel? ja nein
21. Haben Sie häufiger eingerissene Lippen? ja nein
22. Nehmen Sie bei Diäten schlecht ab? ja nein

- | | |
|---|---|
| 23. Bekommen Sie schnell einen Sonnenbrand? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 24. Ist Ihre Haut sehr trocken? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 25. Leiden Sie häufig unter Blähungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 26. Leiden Sie häufiger unter Durchfall? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 27. Friert es Sie leicht an den Händen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 28. Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 29. Neigen Sie zur Verstopfung? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 30. Haben Sie öfter Schwächezustände? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 31. Ist Ihr Haar trocken und brüchig? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 32. Fühlen Sie sich häufig gestresst? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 33. Regeneriert sich Ihre Haut langsam? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 34. Haben Sie vor oder während der Menstruation Beschwerden? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 35. Haben Sie eine sehr blasse Hautfarbe? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 36. Nehmen Sie Magensäure hemmende Medikamente ein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 37. Nehmen Sie die Pille? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 38. Haben Sie eine empfindliche, reizbare Haut? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 39. Leiden Sie trotz Eisenpräparaten unter Blutarmut? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 40. Nehmen Sie regelmäßig Beruhigungs- oder Schlafmittel ein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 41. Haben Sie eine dicke, rauhe Hautoberfläche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 42. Haben Sie brüchige, rissige Nägel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 43. Nehmen Sie häufiger Magen-Darm-Mittel ein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 44. Leiden Sie häufiger unter Kopfschmerzen oder Migräne? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 45. Neigen Sie Venenentzündungen und Thrombosen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 46. Leiden Sie häufiger unter Schwindel? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 47. Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen, allergischem Asthma)? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Leiden Sie unter weiteren Beschwerden, nach denen hier noch nicht gefragt wurde?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Nahrungsergänzungen oder diätetische Lebensmittel ein? Wenn ja, welche und welcher Dosierung bzw. Verzehrmenge?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Einzugsermächtigung

Hiermit erteile ich Stefanie Kannenberg, Im Siebigfeld 80, 37115 Duderstadt, die Ermächtigung, 49 € von meinem Konto

Konto-Nr.

bei der (Name der Bank)

Bankleitzahl

per Lastschrift einzuziehen.

Name Vorname

Anschrift

Telefon Fax

Email

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift