

Was essen Sie gerne?

---

---

---

Was ist Ihnen bei Ihrer Ernährung wichtig?

---

---

---

Gibt es Dinge, die Sie nicht essen dürfen?

---

---

---

Sind Sie sportlich aktiv?  
Wenn Ja, was?

---

---

---

Wenn ja, warum?

---

---

---

## Haut & Haar Energie

- ☐ Haarausfall
- ☐ Juckreiz
- ☐ Schuppen
- ☐ Hautunreinheiten
- ☐ Fingernägel
- ☐ Sonnenbrand

## Energie

- ☐ Müdigkeit
- ☐ Antriebslosigkeit
- ☐ Konzentrationsschwäche
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Stress

## Abwehrkräfte Innenleben

- ☐ Herpes
- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Erkältung
- ☐ Geschwollene Augen
- ☐ Zahnfleischbluten

## Innenleben

- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Verdauungsprobleme
- ☐ Diabetes
- ☐ Schilddrüse

## Schmerzen

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Migräne
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Verspannungen