



Gesundheits-Check

Name	Vorname
Strasse	Telefon/Natel
Ort	Geburtsdatum
Beruf	E-Mail
Grösse	Gewicht

Allgemeine Gesundheitsfragen

- 1a Bist du zurzeit in Behandlung bzw. Kontrolle (Arzt, Naturarzt, Therapeut...)? Ja Nein
- 1b Wurde dir eine Untersuchung/med. Abklärung empfohlen, jedoch noch nicht durchgeführt? Ja Nein
- 2 Leidest du an Krankheiten oder Störungen:
- Der Atemwege/-Organe? Ja Nein
 - Des Herzens? Ja Nein
 - Der Blutgefässe? Ja Nein
 - Des Kreislaufs? Ja Nein
 - Des Nervensystems oder der Psyche? Ja Nein
 - Der Verdauungsorgane? Ja Nein
 - Der Haut oder Allergien Ja Nein
 - Der Harn- oder Geschlechtsorgane? Ja Nein
 - Der Sinnesorgane (Augen, Ohren, Nase)? Ja Nein
 - des Blutes Ja Nein
 - Infektionskrankheiten? Ja Nein
 - des Stoffwechsels Drüsen- oder Tumorleiden? Ja Nein
 - Der Muskeln, Knochen, Gelenke oder Wirbelsäule? Ja Nein

Pro angekreuztes JA, zähle 5 Punkte.



Fitness, Vitalität, Leistungsfähigkeit

- | | | | | |
|---|--|-----|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | Bist du viel müde? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2 | Hast du Schlafprobleme? (ein- durchschlafen) | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4 | Bist du viel gestresst? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5 | Fühlst du dich überfordert oder unterfordert? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6 | Fühlst du dich ausgebrannt, erschöpft? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7 | Fehlt dir die Zeit, Motivation, der Power für Sport oder Bewegung? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8 | Bewegst du dich täglich 30 Minuten? (Sport, Spazieren...) | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Essen & Gewicht, Achtsamkeit und Pflege

- | | | | | |
|---|--|-----|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | Ist dein Gewicht über dem Normalgewicht? (Grösse in cm – 100)
Wenn ja, wie viel möchtest du gerne abnehmen? _____kg | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2 | Darf sich an deiner Körperform etwas verändern? (straffer, definierter...)
Wenn ja, was, wo? _____ | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3 | Isst du ausgewogen und gesund, täglich Früchte und Gemüse? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4 | Bist du achtsam mit deinem Körper? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5 | Gönnst du ihm regelmässig Ruhe, Stille, Entspannung? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6 | Pflegst du deinen Körper? (Haare, Füsse, Hände, Haut...?) | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wohlbefinden

- | | | | | |
|---|--|-----|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | Fühlst du dich wohl? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2 | Bist du glücklich? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3 | Übst du Hobbys aus? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4 | Pflegst du soziale Kontakte, Freunde, Familie? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5 | Bist du glücklich in deiner Partnerschaft? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6 | Fühlst du dich viel einsam, alleine? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Psychisches Wohlbefinden

- | | | | | |
|---|--|-----|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | Hast du Ängste? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2 | Bist du viel traurig? | 5/0 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3 | Fühlst du dich innerlich erfüllt? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4 | Fühlst du dich im Gleichgewicht? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5 | Fühlst du dich akzeptiert, wertgeschätzt, anerkannt? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Job / Business

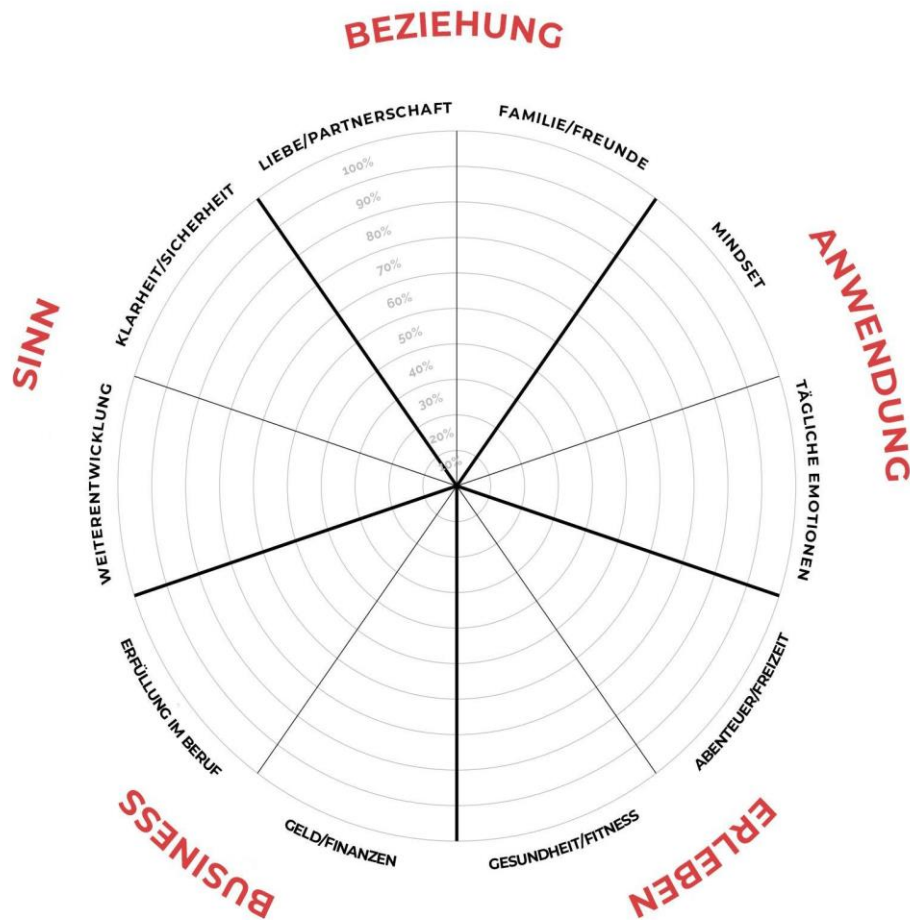
- | | | | | |
|---|--|-----|-----------------------------|-------------------------------|
| 6 | Macht dir dein Job Freude? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6 | Lebst du deine Berufung, das was du von Herzen gerne tust? | 0/5 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Zähle die Punkte zusammen, die vordere Zahl ist jeweils für JA, die zweite Zahl für NEIN.
(Beispiel: 0/5 0 JA / 5 NEIN)



Wie erfüllt bist du in den einzelnen Lebensbereichen?

Male die verschiedenen Bereiche, prozentual so aus, wie du dich erfüllt darin fühlst. Jeder Bereich in einer anderen Farbe, damit es gut sichtbar ist. Je näher du an den 100% bist, desto erfüllter ist der Bereich. Du kannst so bildlich sehen, wie rund dein RAD der ERFÜLLUNG läuft.



Gesamtpunktzahl: _____

Je höher die Punktzahl, desto höher ist der Bedarf zu korrigieren und zu optimieren.