

Bellezza

Kosmetik, Wellness & Gesundheit

Liebe Kundin, Lieber Kunde,

es freut mich sehr Ihr persönlicher Coach zu werden. Bitte machen Sie sich Gedanken zu den folgenden Fragen (Teil A) und füllen Sie den Fragebogen (Teil B) aus. Um Ihr Coaching so effektiv wie möglich zu gestalten senden Sie am besten den ausgefüllten Fragebogen schon vor Ihrem Termin an:

Kosmetik Bellezza & Wellness
z.H. Laura von Niederhäusern
Ryffligässchen 5
3011 Bern

Die Informationen welche Sie uns geben dienen ausschliesslich Ihrer Betreuung und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
Ich freue mich auf eine bewegte Zeit mit Ihnen!

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Grösse: _____ Gewicht: _____
Beruf: _____

Was möchten Sie erreichen?

Abnehmen	<input type="checkbox"/> unbedingt	<input type="checkbox"/> wäre schön	<input type="checkbox"/> toller Nebeneffekt
Definiertere Figur	<input type="checkbox"/> unbedingt	<input type="checkbox"/> wäre schön	<input type="checkbox"/> toller Nebeneffekt
Strafferes Gewebe	<input type="checkbox"/> unbedingt	<input type="checkbox"/> wäre schön	<input type="checkbox"/> toller Nebeneffekt
Stress abbauen	<input type="checkbox"/> unbedingt	<input type="checkbox"/> wäre schön	<input type="checkbox"/> toller Nebeneffekt
„Fitter“ werden	<input type="checkbox"/> unbedingt	<input type="checkbox"/> wäre schön	<input type="checkbox"/> toller Nebeneffekt
Mehr Energie haben	<input type="checkbox"/> unbedingt	<input type="checkbox"/> wäre schön	<input type="checkbox"/> toller Nebeneffekt

Anderes : _____

TEIL A

Mein Alltag/Mein Leben

Wie sieht Ihr Alltag aus? Wie eine „klassische“ Woche? Wie ein typischer Tag? Wie viel TV schauen Sie pro Woche? Fühlen Sie sich gestresst? Wie reagieren Sie auf Stress? Rauchen Sie (wie viel?)

Ernährungsgewohnheiten

Was ist Ihr Lieblingsessen? Was essen Sie nicht gerne? Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wie viel/wie oft trinken Sie Alkohol? Wie viel Zeit möchten/können Sie fürs Kochen verwenden? Haben Sie schon Diäten ausprobiert? Welche? Wie ist es Ihnen dabei ergangen?

Bewegungsgewohnheiten

Wie viel Bewegung gehört zu Ihrem Alltag (Arbeit, Arbeitsweg, Wohnung)? Bewegen Sie sich gerne? Machen Sie aktiv etwas zur Entspannung?

Bellezza

Kosmetik, Wellness & Gesundheit

Darauf möchte ich nicht verzichten

Kafee? Schoggi? ?

Vorgeschichte

Sollte ich etwas bestimmtes wissen? Erkrankungen? Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich?

TEIL B

Ernährungsfragebogen

Damit ich Sie rundum gut beraten können, bitten ich Sie mir folgende Fragen zu den verschiedenen Ernährungs- und Gesundheitsthemen zu beantworten:

Säure-Basen-Haushalt

Leiden Sie unter folgenden Übersäuerungssymptomen:

1. Verdauungsproblem, z.B. Sodbrennen, Reizdarm? ja nein
2. Hautproblemen, z.B. Akne, trockene (Schleim-) Haut, Ekzeme, etc. ? ja nein
3. Gelenkproblemen wie Arthrose, Rheuma, etc.? ja nein
4. Schlaf- und Konzentrationsstörungen, chronische Müdigkeit, Erschöpfung? ja nein
5. Kopfschmerzen, Migräneanfällen, Sehstörungen? ja nein
- Konsumieren Sie mind. 3 mal täglich Kaffee, zuckerhaltige Lebensmittel, ja nein
Fleisch und Wurstwaren, Alkohol? ja nein
- Sind Sie sehr stressanfällig und/oder schnell gereizt und nervös? ja nein
6. Sonstige säurebedingte Symptome:

Körpergewicht

Übergewicht ist der Auslöser für viele schwerwiegende Folgeerkrankungen. Bewegung und Ernährung sind die effektivsten und erfolgreichsten ‚Methoden‘ gegen zu viel Körperfett.

1. Wie hoch ist Ihr Körperfettanteil? (in %) %
2. Sind Sie mit Ihrem Taillenumfang im Risikobereich? Taillenumfang: _____ cm
3. Möchten Sie Ihren Körperfettanteil langfristig senken ? ja nein
4. Leiden Sie unter einem reduzierten Stoffwechsel? ja nein
5. Verlieren Sie kein Gewicht, obwohl Sie wenig essen? ja nein
6. Essen Sie unregelmässig? ja nein
7. Haben Sie keine Zeit und Ruhe zur Zubereitung und zum Essen der Mahlzeiten? ja nein
9. Essen Sie 2 - 4 Portionen Gemüse, Salat und Früchte pro Tag? ja nein
10. Essen Sie 2 Portionen Fleisch, Fisch, Eier, Tofu oder Quorn pro Woche? ja nein
11. Konsumieren Sie 2 – 3 Portionen Milch und Milchprodukte pro Tag? ja nein

Bellezza

Kosmetik, Wellness & Gesundheit

12. Essen Sie 2 – 3 Portionen Kohlenhydrate wie Reis, Teigwaren, Brot, etc. pro Tag? ja nein
13. Essen Sie mehrmals am Tag Süsses, Fettiges, Salziges? ja nein
14. Haben Sie bereits ein oder mehrere Diäten durchgeführt? ja nein
15. Wie viel Trinken Sie pro Tag und welche Getränke?
- a) alkoholfrei (Wasser, Tee, Kaffee)Liter
- b) Süssgetränke und SaftLiter
- c) AlkoholLiter

Verdauung

1. Haben Sie eine gute Verdauung (mind. 3 – 4 mal Stuhlgang pro Woche)? ja nein
2. Essen Sie regelmässig probiotische Milchprodukte wie Bifidus, Actimel, Acitivia, LC1, etc. ? ja nein
3. Trinken Sie über den Tag verteilt mind. 1,5 Liter kalorienfreie Flüssigkeit? (siehe auch ‚Körpergewicht‘ Frage 13.) ja nein
4. Essen Sie mind. 1 mal am Tag Vollkornprodukte wie Vollkornbrot, Vollkornreis, Vollkornteigwaren? ja nein

Sonstige Verdauungsbeschwerden:

Allergien und Unverträglichkeiten

1. Leiden Sie unter Lebensmittelallergien? ja nein
2. Wenn ja, welche?
3. Sind bei Ihnen Lebensmittelunverträglichkeiten bekannt? ja nein
4. Wenn ja, welche?

Knochen und Gelenke

1. Leiden Sie unter chronischen Rückenschmerzen? ja nein
2. Haben Sie rheumatische Beschwerden? ja nein
3. Leiden Sie unter Gelenksbeschwerden, vor allem morgens nach dem Aufstehen (‚Anlaufschmerz‘) und/oder nach sportlicher Betätigung? ja nein
4. Sind bei Ihnen Abnutzungserscheinungen (Arthrose) bekannt? ja nein
5. Leiden Sie unter Osteoporose? ja nein
6. Haben Sie Probleme mit den Bandscheiben? ja nein
7. Sonstige Gelenk- und Knochenprobleme:

Bellezza

Kosmetik, Wellness & Gesundheit

Hautbild

Für Frauen - Cellulite und schlaffe Haut

1. Leiden Sie unter Cellulite? ja nein
2. Haben Sie schlechtes Bindegewebe? ja nein
3. Fehlt Ihrer Haut die Elastizität? ja nein
4. Haben Sie weiches Gewebe und Tendenz zu wenig Volumen in der Muskulatur? ja nein
5. Möchten Sie Ihre Haut verjüngen? ja nein

Für Männer - Muskeln und Haut

1. Möchten Sie Muskeln aufbauen und Haut straffen? ja nein
2. Fehlt Ihrer Haut die Elastizität? ja nein
3. Möchten Sie Ihre Haut verjüngen? ja nein

Vitalität und Immunsystem

1. Rauchen Sie? ja nein
2. Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag _____?
3. Trinken Sie mehr als 3 Gläser Alkohol pro Woche? ja nein
4. Fühlen Sie sich müde, angespannt und ausgelaugt? ja nein
5. Sind Sie infekтанfällig? ja nein
6. Sind Sie täglich weniger als 30 Minuten an der frischen Luft? ja nein
7. Treiben Sie intensiv Sport (mind. 5 x pro Woche eine Std. und länger)? ja nein
8. Nehmen Sie Medikamente? ja nein
9. Wenn ja, welche?