

# Formular für Vital-Check



Name \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

---

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_



Land \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_



Operationen

---

---

---

Welche Medikamente (Vom Arzt verordnet)

---

---

Hormontabletten/Spiral/Creme

---

Sind Sie Raucher

Ja /Nein \_\_\_\_\_ wieviel am Tag \_\_\_\_\_

Von 0 (kein Problem) - 10( viele Probleme) Wert selbst bitte einschätzen

<b>Selbst-Werte</b>	<b>0 - 5</b>	<b>5-8</b>	<b>9-10</b>
Mentaler Stress			
Drogen oder Psychopharmaka			
Bekannte Allergien			
Amalgam Füllungen			
Fette Nahrung			

Gesunde Nahrung ?			
Süßigkeiten			
<u>Alkohol</u>			

Kaffee			
Sport			
Durch Beruf oder aus anderen Gründen Chemikalien			
Infektionskrankheiten Impfungen			
Unfälle im Laufe des Lebens			
Wieviel Wasser am Tag			
Übergewicht ? Wieviel ?			
Besondere Erlebnisse Verluste, Gefahr oder Mobbing			

Bitte 1 Tropfen Blut auf einen Wattetupfer, in Alufolie einpacken, in Plastiktüte und mit einem normalen Brief zur Post (kein Einschreiben)

*Vitalis®*



**Institut für ganzheitliche Gesundheit**

Jutta Hack

Hegy utca 737

8879 Kerkateskänd Alsò Lukò