Questionnaire sur votre état de santé et bien-être

	OUI	NON
Vous sentez-vous en pleine forme en vous levant le matin ?	☐	☐
Avez-vous des baisses d'énergie et des problèmes de concentration durant la journée ?	☐	☐
Avez-vous de temps en temps des maux de tête ou/et la migraine ?	☐	☐
Buvez-vous moins de 2,5lt par jour ? (sans compter le café ou l'alcool)	☐	☐
Etes-vous sensible aux refroidissements ou aux infections ?	☐	☐
Etes-vous régulièrement confronté aux allergies ou rhume de foins ?	☐	☐
Souffrez-vous de dermatite ou psoriasis ? (Maladies de peaux)	☐	☐
Avez-vous des problèmes de digestion, d'intestins ou d'estomac ?	☐	☐
Avez-vous déjà entendu parler des « radicaux libres » ?	☐	☐
Aimez-vous aller au soleil et/ou au solarium ?	☐	☐
Faites vous régulièrement du sport ?	☐	☐
Fumez vous ?	☐	☐
Mangez-vous moins de 5-6 portions de fruits et de légumes par jour ?	☐	☐
Avez-vous parfois des crampes, des raideurs dans les articulations et/ou de la fatigue ?	☐	☐
Avez-vous des difficultés à vous endormir et avoir un sommeil récupérateur ?	☐	☐
Souffrez-vous de ostéoporose ?	☐	☐
Avez-vous des problèmes de peau, d'ongles et/ou de cheveux?	☐	☐
Avez-vous déjà entendu parler de l'acidité dans le corps ?	☐	☐
Avez-vous plus de 35 ans ?	☐	☐
Souffrez-vous de problèmes cardiovasculaires ?	☐	☐
Mangez-vous 2-3 fois par semaine du poisson ? (Saumon, Thon)	☐	☐
Souhaitez-vous perdre du poids ?	☐	☐
Avez-vous des enfants qui ont des difficultés a se concentrer ?	☐	☐

Quelles sont les 3 choses le plus importantes pour vous ? ☐ l'argent ☐ la santé ☐ les loisirs ☐ la famille ☐ les vacances ☐ la profession

Combien êtes-vous prêt a investir par jour pour votre santé ? ☐ CHF 4.- ☐ CHF 5.- ☐ CHF 6.-

Si vous pouviez changer positivement un de vos problèmes de santé en espèrent ainsi mieux vous porter, le feriez-vous ?	☐	☐
Etes-vous intéressé par une évaluation de votre questionnaire de santé ?	☐	☐

Date: ____ / ____ / _____ Nom/Prénom: _____ Age: _____

Tel: _____ Adresse mail: _____