



Nie für Sie gemacht...

- + Ein stärkeres Immunsystem
- + Noch mehr Energie
- + Schnellere Regeneration
- + Ein erholtter Schlaf
- = Mehr Lebensqualität

# CHECK

## INTERESSIERT?

Vor- und Nachname

Geburtstag

Telefon

Mobil

Datum

Straße

Beruf

PLZ und Ort:

Am besten erreichbar ab

E-Mail

Am besten erreichbar ab

Hinweis: Ihre persönlichen Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Auch nicht für Geld und Gute Worte!!

## Ihr(e) persönliche(r) Ansprechpartner(in)

Copyrights © 2017 by



**PM United  
Network**



## Basisversorgung und Immunsystem

### Good Morning



Bitte kreuzen Sie an : JA

- Essen Sie **weniger** als 7 Portionen Gemüse, Salat und Obst am Tag ?   
*(1 Portion entspricht ca. 150g)*
- Essen Sie unregelmäßig oder lassen Sie Mahlzeiten aus?
- Trinken Sie **weniger** als 2 l am Tag?
- Benötigen Sie für Ihren Start in den Tag mehr Energie?
- Haben Sie Probleme mit dem Magen oder Darm oder der Verdauung?
- Leiden Sie unter Allergien (wie z.B. Heuschnupfen, Tierhaar, Duftstoffe, etc.) ?
- Wenn JA, welche \_\_\_\_\_
- Gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen?
- Wenn JA, welche \_\_\_\_\_
- Sind Sie anfällig für Infekte und/oder Erkältungen ?
- Haben Sie Heißhunger auf Süßes oder Fettiges?
- Rauchen Sie?
- Möchten Sie gerne Hüftgold verlieren?

## Regeneration und Säure-Basen-Balance

### Good Night



Bitte kreuzen Sie an : JA

- Haben Sie Probleme ein- und / oder durchzuschlafen / oder liegen oft wach?
- Wachen Sie morgens oft gerädert und / oder unerholt auf?
- Leiden Sie häufig unter Stress, Privat und / oder Beruflich?
- Sind Sie **unzufrieden** mit Ihrer Haut (bsp. Neurodermitis), ihren Haaren oder Nägeln?
- Wenn JA, was \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter Muskelkrämpfen?
- Neigen Sie zu steifen Gelenken oder Verspannungen?
- Neigen Sie zu Wassereinlagerungen?
- Leiden Sie unter Wechseljahrsbeschwerden bzw. Prostatabeschwerden?
- Haben Sie Sodbrennen?
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn JA, welchen und wie oft \_\_\_\_\_
- Wollen Sie sich nach dem Sport schneller regenerieren?

## Energie und Leistung

### Happy Hour



Bitte kreuzen Sie an : JA

- Sind Sie oft müde und unkonzentriert oder haben Energielöcher am Tag?
- Sind Sie häufig gereizt, nervös oder unausgeglichen oder haben Stimmungsschwankungen?
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen / Migräne / Schwindel?
- Leiden Sie unter Hörgeräuschen / Tinnitus?
- Sind Sie bei der Arbeit körperlich stark beansprucht?
- Möchten Sie gerne Ihre sportliche Leistungsfähigkeit unterstützen?

## Individuelle optimierte Versorgung

### Daily Specials



Bitte kreuzen Sie an : JA

- Haben Sie Diabetes?
- Leiden Sie unter Bluthochdruck oder unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung?
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?
- Haben Sie Gelenkserkrankungen? (z.B. Rheuma, Arthrose, etc.)
- Wenn JA, welche \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
- Wenn JA, welche \_\_\_\_\_
- Möchten Sie Ihren Körper zusätzlich mal mit einer 14 Tage-Trink-Kur entgiften?