

DIE BEDARFSANALYSE FÜR GEWICHTSREDUKTION

Name:	Datum:
-------	--------

Was möchten Sie gerne erreichen? Was wünschen Sie sich?

Was haben Sie früher dafür getan?

Wie sieht Ihre Ernährung aus?

Was glauben Sie, kann unsere Gesundheit beeinflussen, ohne dies ändern zu können?

Welche Auswirkungen kann dies zur Folge haben?

Bewerten Sie Ihre aktuelle Empfindungssituation! 0 = sehr schlecht / 10 = sehr gut

Konzentration	
Verdauung	
Immunsystem	
Allergie	
Knochen/Skelett	
Haut	
Schlafqualität	
Nervenköstüm	
Energie	
Vitalität	
Gesamteinschätzung der Gesundheit	

Kunden-Service-Pass – Momentaufnahme