

# CHECKLISTE



Name:

Datum:

## FRAGE

JA NEIN

Ich fühle mich nach dem Aufstehen am Morgen energiegeladen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Kaffee geht gar nichts in der Früh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke mindestens 1,5 Liter Wasser am Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte auf die Herkunft der Lebensmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse dreimal am Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bevorzuge frische Produkte. Light Produkte oder Fertiggerichte meide ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Einkaufen schaue ich mir die Zutatenliste immer genau an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache 2 bis 3 Mal in der Woche Sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem Essen bin ich müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft ausgelaugt und energielos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Lebensmittelunverträglichkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe ein stressfreies Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>