

Ваш личный тест на здоровье и физическую форму

Your Personal Health and Fitness Check

Фамилия /Last Name: _____

Имя /First Name: _____

Адрес /Street: _____

Индекс и город / Zip and City: _____

Возраст /Age: _____

Телефон /Phone: _____

	Да/Yes	Нет/No
Есть ли у вас проблемы с желудком, кишечником, или пищеварением? Do you have problems with stomach, bowels, or digestion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Есть ли у вас непереносимость на определенные продукты питания? Are there certain foods that you cannot eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Есть ли у вас склонность к нечистой коже (прыщи, угри, пятна и т.п.)? Are you prone to bad skin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы восприимчивы к простудам и инфекциям? Are you susceptible to colds and infections?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы регулярно беспокоены аллергиями, такими как сенный насморк? Вы регулярно беспокоены аллергиями, такими как сенный насморк?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы часто чувствуете усталость и изнеможение? Do you often feel tired and exhausted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вам трудно сосредоточиться в течение более длительного периода времени? Is it difficult for you, to concentrate over a longer period of time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы часто страдаете от головных болей и / или мигреней? Do you often suffer from headaches and/or migraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы иногда чувствуете депрессию без какой-либо причины? Do you sometimes feel depressed without any reason?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы нервничаете и раздражительны время от времени? Are you nervous and irritable from time to time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
У вас есть проблемы с засыпанием? Do you have trouble falling asleep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы иногда просыпаетесь не чувствуя себя отдохнувшим? Do you sometimes wake up not feeling rested?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Есть ли у вас ощущение мышечных спазмов или жесткость суставов? Do you often have muscle cramps or stiff joints?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Часто ли Вы испытываете стресс? Do you often feel stressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы недовольны состоянием вашей кожи, волос и ногтей? Are you unhappy with your skin, your hair and your nails?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы старше 40 лет? Are you over 40 years of age?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы употребляете алкоголь регулярно (3 дня в неделю или больше)? Do you drink alcohol regularly (3 days per week or more)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы регулярно принимаете лекарства? Do you have to take medications regularly?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Почувствуй результаты.
Experience Results.

FitLine®

„ Девять десятых нашего счастья зависит от здоровья “ (А. Шопенгауэр, 1788 – 1860)

“Nine-tenths of our happiness is based on our health alone“

(A. Schopenhauer, 1788 - 1860)

	Da/Yes	Nu/No
Вы курите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you smoke?		
Вы пьете больше чем 1 литр (34 fl.oz.) кофе или черного чая в день?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you drink more than 1 liter (34 fl.oz.) of coffee or black tea per day?		
Вы едите меньше, чем 5 порций свежих фруктов, овощей и салатов каждый день?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you eat less than 5 portions of fresh fruits, vegetables and salads each day?		
Вы выпиваете менее 2-х литров чистых, безкалорийных жидкостей в день () (Не считать кофе, чай, алкоголь, молоко, кока-кола)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you drink less than 2 liters (68 fl.oz.) of clear, calorie-free liquids per day (do not count coffee, tea, alcohol, milk, Coke)?		
Вы часто едите готовые к употреблению блюда, фаст-фуд или в столовой?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you often eat ready-to-serve meals, fast-food or in a cafeteria?		
Вы любите проводить время на солнце или в солярии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you like to spend time in the sun or a tanning salon?		
Вы уже слышали о "свободных радикалах"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you already heard about "Free Radicals"?		
Часто ли вы придерживаетесь диет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you often diet?		
Вы довольны своим весом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you content with your weight?		
Знаете ли вы свой индекс массы тела или процент жира в вашем организме?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you know your body mass index or your body fat percentage?		
Вам известен ваш диапазон сжигания жира?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you know your fat burning range?		
Вы регулярно занимаетесь спортом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you exercise regularly?		
Если да, то какой тип упражнений вы делаете? Как часто? На каком уровне интенсивности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, what type of exercise do you do? How often? At what intensity level?		
<hr/>		
Каковы 3 наиболее важные вещи в вашей жизни?		
What are the 3 most important things in your life?		
<input type="checkbox"/> Деньги/Money <input type="checkbox"/> Семья /Family <input type="checkbox"/> Здоровье/Health <input type="checkbox"/> Работа/Job <input type="checkbox"/> Отпуск/Holiday <input type="checkbox"/> Свободное время/Leisure time		
<input type="checkbox"/> Друзья/Friends <input type="checkbox"/> Другие/Other _____		
<hr/>		
Как много вы готовы инвестировать в ваше здоровье в день?	<input type="checkbox"/> 3EUR/\$3 <input type="checkbox"/> 4EUR/\$4 <input type="checkbox"/> 5EUR/\$5 <input type="checkbox"/> больше в день/or more per day	
How much is your health worth to you a day?		
Если бы вы могли положительно повлиять на ваше здоровье и чувствовать себя лучше в целом, вы бы воспользовались этой возможностью?	Да/Yes	Нет/No
If you could positively influence your health and feel better overall, would you use the opportunity to do so?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Почувствуй результаты.
Experience Results.

FitLine®