

Nom

Prénom

Adresse.....

Ville

Email@.....

Téléphone

Age

Aujourd'hui, le

1 Est-ce que vous aimeriez améliorer votre forme ?

.....

2 Vous sentez-vous fatigué dans la journée et avez-vous des coups de pompes ?
A quelle heure ?

.....

.....

3 Faites-vous de l'exercice physique ?

.....

4 Vous endormez-vous facilement ?

.....

5 Vous réveillez vous la nuit et a quelle heure ?

.....

6 Comment êtes-vous le matin au réveil ?

.....

7 Combien d'heures dormez-vous en moyenne ?

.....

8 Êtes-vous angoissé ? de quels types ?

.....

.....

9 Êtes-vous stressé ?

.....

10 Ressentez vous le besoin de perdre du poids ?

.....
11 Faites vous des repas réguliers ?

.....
12 Votre alimentation est elle variée ? Quel genre ?

.....
13 Avez-vous des fringales, des pulsions vers certains aliments ?

.....
14 Avez-vous des douleurs ?

.....
15 Vos douleurs sont-elles anciennes ou récentes ?

.....
16 Vos douleurs sont elles permanentes ou occasionnelles ?

.....
17 Vous arrive-t-il d'avoir des migraines, maux de têtes, brulures d'estomac, ballonnements, constipation etc.

.....
18 Avez-vous des problèmes de circulation sanguine, cholestérol, diabète, allergies thyroïde, rétention d'eau, cellulite, peau, ongles, cheveux, crampes, rhumatismes ?

.....
19 Aimerez-vous ralentir le vieillissement ?

.....
20 Faites-vous des cures de détoxination ?

.....

21 Avez-vous exercé une activité dans un environnement très pollué ?

.....

22 Avez-vous d'anciennes cicatrices, vergetures, taches de vieillesse ou autres signes liés au vieillissement ?

.....

23 Avez-vous des problèmes de vue, d'ouïe, de goûts ou de toucher ?

.....

24 Qu'aimeriez-vous améliorer en priorité

.....

25 Autres remarques

.....

.....

.....

.....

En pièce jointe : photos du //201....

Attention : les patchs ne soignent pas, ne guérissent pas, ne remplacent ni le médecin, ni le thérapeute, ni aucune médication. Ils aident au corps à mieux fonctionner, à retrouver tout son potentiel et tout son pouvoir.