



VIVI AL TOP HERBALIFE

www.vivialtop.com/nws-salute.php

CONOSCI MEGLIO IL TUO STILE DI VITA - SALUTE

Data:

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

email _____

Quanti pasti fai al giorno?	1	2	3	oltre
Merenda?	si	no		
Quanta Acqua bevi durante la giornata?	- 1 litro	1 litro	+ 1 litro	oltre
Caffè / The	1	2	3	oltre
Snack	mattino dolce	pomeriggio salato	sera	
Frutta	1	2	3	oltre
Verdure	1	2	3	oltre

Stress	si	no		
Stanchezza	si	no		
Qualità del sonno	buono	insufficiente		
Risveglio	riposato	stanco		
Livelli di energia	1	2	3	altro
Fai regolarmente esercizio fisico?	1	2	3	oltre
Sport	palestra	camminata	altro	

Funzioni intestinali (giornaliere)	regolare	irregolare		
Urini regolarmente?	1	2	3	oltre
Prendi farmaci? Quali?				

Come definisci il tuo stile di vita?	buono	sufficiente	insufficiente	
---	-------	-------------	---------------	--

Quali sono i tuoi obiettivi di benessere? _____
