LifeResponsible

Imię i nazwisko, wiek

# TEST "OSOBISTA ANALIZA WELLNESS"

**KROK 1: Jeśli dany objaw występuje u Ciebie, umieść znak ✓ w każdej białej komórce danego wiersza. W przeciwnym razie pozostaw komórki puste.**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Brak energii, zmęczenie, osłabienie (stale lub powtarzające się) | | | | | | | | | | |
| 2. | Różne choroby częściej niż 2 razy w roku (infekcje, przeziębienia, itp.) | | | | | | | | | | |
| 3 | Nieprzyjemny zapach potu lub nieprzyjemny zapach z ust | | | | | | | | | | |
| 4. | Złe trawienie niektórych produktów spożywczych (uczucie ciężkości) | | | | | | | | | | |
| 5. | Spożywanie czerwonego mięsa częściej niż 2 razy w tygodniu | | | | | | | | | | |
| 6. | Stosowanie antybiotyków (leków na receptę) częściej niż 2 razy w roku | | | | | | | | | | |
| 7. | Picie alkoholu częściej niż 1 raz w tygodniu | | | | | | | | | | |
| 8. | Częste wahania nastroju | | | | | | | | | | |
| 9. | Alergia dowolnego typu | | | | | | | | | | |
| 10. | Cienie lub obrzęki pod oczami (worki pod oczami) | | | | | | | | | | |
| 11. | Palenie papierosów (również bierne palenie) | | | | | | | | | | |
| 12. | Trudności z koncentracją, słaba pamięć | | | | | | | | | | |
| 13. | Dyskomfort po jedzeniu (zgaga, gazy, wzdęcia) | | | | | | | | | | |
| 14. | Dużo stresu w życiu i sytuacji nerwowych | | | | | | | | | | |
| 15. | Niedoskonałości skóry, nieodpowiedni kolor skóry (szara skóra) | | | | | | | | | | |
| 16. | Jedzenie słodyczy i dań gotowych (fast foodów) | | | | | | | | | | |
| 17. | Jedzenie produktów mlecznych częściej niż 2 razy w tygodniu | | | | | | | | | | |
| 18. | Uczucia apatii, depresji (stale lub od czasu do czasu) | | | | | | | | | | |
| 19. | Bezsenność, niespokojny sen, niewysypianie się | | | | | | | | | | |
| 20. | Dla kobiet: okres menopauzy | | | | | | | | | | |
| 21. | Problemy z oddawaniem moczu, wstawanie w nocy | | | | | | | | | | |
| 22. | Problemy ze skórą (przesuszona, wrażliwa, duże pory, trądzik) | | | | | | | | | | |
| 23. | Ból stawów, obrzęki i drętwienie kończyn, ból krzyża | | | | | | | | | | |
| 24. | Trudności w utrzymaniu prawidłowej wagi (nadwaga lub otyłość) | | | | | | | | | | |
| 25. | Nieregularne stolce, zaparcia | | | | | | | | | | |
| 26. | Brak apetytu (stale lub od czasu do czasu) | | | | | | | | | | |
| 27. | Rozdwajające się i łamliwe paznokcie | | | | | | | | | | |
| 28. | Zniszczone włosy, suche, matowe, wypadające | | | | | | | | | | |
| 29. | Jedzenie tłustych lub smażonych potraw częściej niż 2 razy w tygodniu | | | | | | | | | | |
| 30. | Jedzenie warzyw i owoców rzadziej niż 3 - 5 razy dziennie | | | | | | | | | | |
| 31. | Dyskomfort mięśniowy (ból, skurcze) | | | | | | | | | | |
| 32. | Życie lub praca w zanieczyszczonym środowisku (spaliny, smog, itp.) | | | | | | | | | | |
| 33. | Senność w ciągu dnia | | | | | | | | | | |
| 34. | Picie więcej niż 2 filiżanek coli, kawy lub czarnej herbaty dziennie | | | | | | | | | | |
| 35. | Nawracające zmiany grzybicze | | | | | | | | | | |
| 36. | Osłabienie mięśni, łamliwość kości | | | | | | | | | | |
| 37. | Niepokój, zamartwianie się, strach i lęk | | | | | | | | | | |
| 38. | Zwiększona drażliwość, łatwe wpadanie w złość | | | | | | | | | | |
| 39. | Siedzący tryb życia, niska aktywność fizyczna | | | | | | | | | | |
| 40. | Problemy z oddychaniem, duszności, nadmiar flegmy | | | | | | | | | | |
| | Data | SUMA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

**KROK 2: Policz zaznaczenia ✓ w kolumnach i zapisz wyniki.**

**KROK 3: W każdym z 10 układów organizmu odczytaj zakres, który odpowiada Twojemu aktualnemu wynikowi.**

| | TRAWIENIE PRZYSWAJANIE POKARMÓW | UKŁAD POKARMOWY | UKŁAD KRĄŻENIA SERCOWO - NACZYNIOWY | UKŁAD NERWOWY | UKŁAD ODPORNOŚCIOWY IMMUNOLOGICZNY | UKŁAD ODDECHOWY | UKŁAD MOCZOWO - PŁCIOWY | UKŁAD HORMONALNY | UKŁAD KOSTNY MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWY | SKÓRA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **BARDZO DOBRZE** | 0-2 | 0-2 | 0-2 | 0-2 | 0-2 | 0 | 0 | 0-2 | 0-1 | 0-1 |
| **DOBRZE** | 3-4 | 3-4 | 3-4 | 3-5 | 3-4 | 1-3 | 1 | 3-5 | 2-3 | 2-4 |
| **STREFA RYZYKA** | 5-9 | 5-10 | 5-9 | 6-11 | 5-9 | 4-5 | 2-4 | 6-11 | 4-7 | 5-8 |
| **NIEZADAWALAJĄCO** | ≥ 10 | ≥ 11 | ≥ 10 | ≥ 12 | ≥ 10 | ≥ 6 | ≥ 5 | ≥ 12 | ≥ 8 | ≥ 9 |