

Individueller Belastungs-Check

Name: _____

Nehmen Sie sich bitte 3 Minuten Zeit und füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen zu ihrer individuellen Belastungssituation mit einem Bleistift oder Kugelschreiber aus.

Bitte kreuzen Sie an

JA NEIN

Verwenden Sie zum Kochen einfaches Haushaltssalz (Kochsalz) ?		
Essen Sie Freiland- Obst oder Gemüse?		
Backen Sie ab und zu in Alu-Folie?		
Essen Sie Lebensmittel (z.B. Joghurt), die einen Foliendeckel haben?		
Sind Sie geimpft - oder lassen Sie sich regelmäßig impfen?		
Essen Sie ab und zu gefärbte Süßigkeiten wie Ostereier, Gummibären, Kringel etc.?		
Trinken Sie Getränke aus Dosen?		
Verwenden Sie Konserven?		
Benutzen Sie Aluguss- Pfannen oder Kochgeschirr?		
Essen Sie Backwaren aus dem Supermarkt?		

Individueller Belastungs-Check Name: _____

Bitte kreuzen Sie an

JA NEIN

Putzen Sie Ihre Zähne mit handelsüblicher Zahncreme?		
Verwenden Sie handelsübliche Kosmetikprodukte?		
Benutzen Sie handelsübliche Deodorants?		
Trinken Sie Leitungswasser (im Tee oder Kaffee) ?		
Haben oder hatten Sie Amalgam-Füllungen?		
Verwenden Sie Energiesparlampen?		
Nehmen Sie Mittel zur Neutralisierung (Antazida) überschüssiger Magensäure ein?		
Essen Sie regelmäßig Fisch?		
Essen Sie regelmäßig Fleisch?		
Essen Sie regelmäßig Wurstwaren, auch abgepackte?		
Fahren Sie Auto, Wohnen oder gehen Sie an verkehrsreichen Straßen?		

**Haben Sie heute mehr als 5 Fragen mit JA beantwortet ?
Dann ist eine Grundreinigung Ihres Körpers notwendig.**
P.S. Hätten Sie das gleiche Ergebnis von heute auch vor 5 – 10 Jahren gehabt ?

WICHTIGER HINWEIS:

Die genauen Hintergründe und Zusammenhänge erfahren Sie im Webinar „Die Detox-Power-Formel“.