

Erfahrungen zum Qi-Home Cell

Liebe Kundin, lieber Kunde,

die ersten Wochen mit dem Qi-Home Cell sind nun vorüber. Heute füllen Sie den 2. Fragebogen aus. Wir sind uns sicher, dass Sie sehr gespannt sind wie sich Ihre Angaben verändert haben. Damit Sie unvoreingenommen und ohne Beeinflussung den Fragebogen auswerten können, empfehlen wir Ihnen den ersten Fragebogen vor der Beantwortung des zweiten Fragebogen nicht noch einmal durchzulesen.

Bitte beachten Sie, dass Sie die Fragebögen jeweils zur selben Uhrzeit, am besten am Morgen auf nüchternen Magen, ausfüllen. Vielen Dank!

Geschlecht: weiblich männlich **Datum:** _____

Alter: _____ **Körpergröße (cm):** _____ **Körpergewicht (kg):** _____

täglicher Wasserkonsum: ca. _____ Liter

Rauchen Sie regelmäßig? ja nein

Haben Sie Allergien? ja, und zwar: nein

1. Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein? (zutreffendes bitte ankreuzen)

sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht

2. Wie schätzen Sie Ihre Leistungsfähigkeit im Alltag ein? (1 = sehr niedrig; 10 = sehr hoch)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Wie empfinden Sie Ihr Energielevel? (1 = sehr niedrig ;10 = sehr hoch)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



4. Sind Sie häufig müde oder erschöpft?

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

5. Wie empfinden Sie Ihre Schlafqualität (Tiefschlaf, Regeneration nach dem Schlaf, Wachphasen, etc.)? (1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Wie häufig haben Sie Kopfschmerzen oder Migräne?

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

7. Wie schätzen Sie Ihren Kaffee- und/oder Koffeinkonsum ein (auch Schwarztee, Guarana o. ä.)? (1 = sehr niedrig; 10 = sehr hoch)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. Wie häufig nehmen Sie Schmerz- oder Beruhigungsmittel ein?

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

9. Wie häufig konsumieren Sie Alkohol? (1 = nie; 10 = mehr als 3 Mal die Woche)

mehr als 3 Mal in der Woche	1 Mal in der Woche	1 Mal im Monat	gelegentlich	nie

10. Wie empfinden Sie die Wasserqualität (Leitungs- oder Flaschenwasser) in Ihrem Haus?
(1 = sehr schlecht 10 = sehr gut)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Stellt Strahlenbelastung ein Problem für Sie dar? (Strahlungsbedingte Beschwerden wie z. Bsp. Kopfschmerzen, Unruhe, etc.)

sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie

12. Wie belastend empfinden Sie Telefonate mit einem Handy? (1 = sehr belastend; 10 = nicht störend)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13. Wie schätzen Sie den Gesundheitszustand Ihrer Haustiere ein?

sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht

Liegen eine oder mehrere der folgenden Krankheiten vor? nein
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Bypass / Stent | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV / AIDS) | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | <input type="checkbox"/> chronische Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I oder II | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Alzheimer |

weitere Erkrankungen: _____



Qi-Technologies

Persönliche Einschätzung und Erfahrung (optional):

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Wir freuen uns, wenn Sie uns Ihren Erfahrungsbericht zur Veröffentlichung zur Verfügung stellen. Interessenten und andere Kunden können von Ihren Erfahrungen profitieren. Wenn Sie einer Veröffentlichung zustimmen, lassen Sie es uns wissen. Wir senden Ihnen dann eine entsprechende Nutzungsvereinbarung zu.

Wir freuen uns, wenn Sie beide Fragebögen ausgefüllt an uns zurück senden oder sie an Ihren zuständigen Handelsvertreter/Vertragshändler weiter geben. Die von Ihnen übermittelten Daten werden nur für interne Auswertungen genutzt und vertraulich behandelt. Wir versichern Ihnen, dass diese nicht ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben werden.

Die Zusendung der Fragebögen ist komplett freiwillig und hilft uns, unsere Produkte weiterzuentwickeln, und zur Erstellung von Statistiken.