

# FLAVON EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRŐ

Flavon max® termékek fogyasztása ELŐTT és KÖZBEN

Szeretettel köszöntjük a Flavon max Klubban! Ennek a kérdőívnek a kitöltésével hozzájárul ahhoz, hogy termékeink alkalmazhatóságát tovább kutassuk fogyasztóink minél nagyobb elégedettsége érdekében. Ehhez szükségünk van arra, hogy minél szélesebb körben megismerhessük fogyasztóink tapasztalatait. Előre is köszönjük, hogy időt szán kérdőívünk kitöltésére! (A Flavon Group Kft. az adatokat bizalmasan kezeli, harmadik félnek nem adja át semmilyen formában!)

Az egészségi állapot felmérő kitöltői és beküldői között minden év február, április, június, október és december hónapjaiban kisorsolunk egy karton Flavon max® terméket!

Ezt a kérdőívet 2 alkalommal töltsse ki. Egyszer a Flavon max® termék fogyasztását megelőzően, majd minimum 30 nappal a megkezdést követően.

**Megígérem magamnak, hogy a következő 30 napban megszakítás nélkül fogyasztom a választott Flavon® terméket az ajánlásnak megfelelően. A megfelelő hatás eléréséhez rendszeres fogyasztás szükséges!**

A következő táblázatban jellemezze egészségi állapotát az alábbi skálának megfelelő értékek szerint:

1-nem megfelelő; 2-elfogadható; 3-elfogadható, de változtatnék rajta; 4-jó; 5-kiváló

(Karikázza be a megfelelő értéket! Csak azt a cellát töltsse ki, amely Önre vonatkozik!)

ÁLLAPOT	ELŐTTE	UTÁNA
Általános egészségi állapotom	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Közérzet	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Szív-érrendszer állapota	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Vércukorszint	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Izmok, ízületek állapota	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Emésztés	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Testsúly	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Allergia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Látás, látószervek állapota	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Légzőszervek állapota	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Daganatos problémák	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Nőgyógyászati problémák	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Álmatlanság	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Aluszékonyosság	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Depresszió	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Szexuális aktivitás	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dohányzás	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Alkoholfogyasztás	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Kávéfogyasztás	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Teljesítőképeség	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Emlékezőképeség	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Stressztűrő-képeség	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hajhullás	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Bőrproblémák	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Fogyasztott termék:

- 1 - Flavon max
- 2 - Flavon kids
- 3 - Flavon max Plus+
- 4 - Flavon Green
- 5 - Flavon Active
- 6 - Flavon Protect
- 7 - Flavon Green Plus+
- 8 - Flavon Joy

Fogyasztás megkezdésének időpontja:.....

Mennyi ideje fogyasztja a terméket:.....

Elfogyasztott üvegek száma:.....

Életkor:.....

Név:.....

Lakcím:.....

.....

.....

Legjelentősebb tapasztalatom:.....

.....

.....

Kérjük a nyomtatványt kitöltve, aláírva küldjék el a lentebb megadott elérhetőségek valamelyikére:  
Flavon Group Kft. - 4033 Debrecen, Veres Péter u. 19. Tel/Fax: 52-520-520; E-mail: info@flavongroup.com