

# FLAVON QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

prima e durante il consumo di prodotti Flavon

**Benvenuti nel Flavon!** Lo scopo di questo questionario è di poter segnare i cambiamenti nella salute proprio correlati al consumo di prodotti Flavon. Le consigliamo di completare il documento con attenzione, perchè in tal modo può essere davvero prezioso per Lei. La Sua esperienza può essere utile per i potenziali partner.

Il questionario deve essere compilato 2 volte. Una volta prima del consumo di Flavon, poi almeno 30 giorni dopo l'inizio.

**Mi prometto di consumare continuamente il prodotto scelto di Flavon nei prossimi 30 giorni secondo la proposta. Per raggiungere l'effetto desiderato è necessario un consumo regolare!**

**Definire nella seguente tabella lo Suo stato di salute secondo i valori corrispondenti alla scala sottostante:**

1-non giusto;      2-accettabile;      3-accettabile, ma vorrei cambiarlo;      4-buono;      5-eccellente

(Riempire solo le caselle relative!)

STATO	PRIMA	DOPO
Stato generale	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Sistema cardiovascolare	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Tasso glicemico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Muscoli, articolazioni	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Digestione	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Peso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Allergia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Organi visivi	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Organi della respirazione	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Problemi tumorali	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Problemi ginecologici	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Insonnia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Sonnolenza	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Depressione	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Attività sessuale	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fumo	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Consumo di alcolici	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Consumo di caffè	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Capacità produttiva	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Capacità mnemonica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Resistenza allo stress	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Perdita dei capelli	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Problemi dermatologici	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Prodotto consumato:

- 1 - Flavon Max
- 2 - Flavon Kids
- 3 - Flavon Green
- 4 - Flavon Protect
- 5 - Flavon Immune
- 6 - Flavon Green+
- 7 - Flavon Joy
- 8 - Flavon Peak Fruit
- 9 - Flavon Peak Veggies
- 10 - Flavon Peak Future
- 11 - Flavon Peak Boost

L'inizio del consumo:.....

Da quanto tempo consuma il prodotto:

.....

Quantità dei prodotti consumati:.....

L'esperienza più importante:.....

.....

Speriamo che il consumo dei nostri prodotti soddisfaccia le Sue esigenze.  
Se ha qualche domanda, per favore non esitare a contattarci. [info@flavongroup.com](mailto:info@flavongroup.com)

**WWW.FLAVONMAX.COM**