

# Verificate il livello del vostro benessere

Fate un segno accanto a ciascuna definizione che descrive meglio la vostra persona e il vostro stile di vita attuale

## PUNTI NEGATIVI

### STILE DI VITA

- Mi manca spesso energia
- Faccio spesso viaggi a lungo raggio
- Ogni giorno rimango bloccato nel traffico
- Vivo vicino ad un complesso industriale
- Ogni giorno viaggio su autobus/treni sovraffollati
- Ogni giorno mi siedo davanti al computer
- Fumo abitualmente

### DIETA

- Compro cibi già pronti invece di cucinare
- Mangio spesso cibi da fast food
- Non mi piacciono le verdure
- Mangio pesce raramente
- Bevo più di quattro caffè/tè al giorno
- Spesso mangio in fretta o in viaggio
- Non faccio pasti regolari e bilanciati
- Mangio fuori casa più di tre volte la settimana
- Bevo alcol regolarmente
- Bevo meno di 4 grandi bicchieri d'acqua al giorno
- Mangio troppo e avrei bisogno di perdere peso
- Sono in sovrappeso e ho molta difficoltà a smaltire i chili in eccesso

### ESERCIZIO/ATTIVITÀ FISICA

- Uso l'auto per ogni spostamento
- Al lavoro sto quasi tutto il giorno seduto/a
- Spesso la sera sono stanco/a e mi sdraio sul divano
- Non pratico nessuno sport o attività fisica

### ATTEGGIAMENTO MENTALE

- Faccio un lavoro stressante
- La vita in casa è stressante
- Famiglia/rapporti/matrimonio sono stressanti
- Non sento di avere il controllo della mia vita
- Ho l'impressione che altri abbiano il controllo della mia vita
- Mi faccio prendere facilmente da rabbia/ansia/collera
- Non ho abbastanza fiducia in me stesso/a
- Penso spesso al passato e ad eventi del passato

### RELAX, SONNO, HOBBY

- Ho difficoltà a trovare tempo da dedicare a me stesso/a
- Faccio sempre cose per gli altri
- Non sono capace di dire di no alle richieste altrui
- Faccio un lavoro con turni stressanti
- Raramente dormo 8 ore per notte
- Ho sempre un sonno inquieto
- Mi sveglio stanco/a e non ho voglia di alzarmi
- Non ho un vero hobby o interesse
- Passo tutto il tempo ad accudire i miei figli
- Ho sempre qualcosa da fare

### ORGANISMO

- Non mi considero una persona con una salute molto buona
- Vado dal medico diverse volte l'anno
- Soffro spesso di mal di testa/emicrania
- Prendo spesso raffreddori e infezioni
- Impiego molto tempo a riprendermi da una malattia
- Soffro spesso di mal di schiena
- Spesso ho problemi di digestione
- Il peso in eccesso influisce sulle mie condizioni di salute

## PUNTI POSITIVI

### STILE DI VITA

- Di solito mi sento pieno/a di energie per tutto il giorno
- Cammino molto, ma evito le zone con molto traffico
- Vivo in campagna
- Non ho bisogno di spostarmi nelle ore di punta
- Uso saltuariamente il computer
- Non fumo e bevo raramente

### DIETA

- La mia dieta consiste principalmente in cibi freschi e naturali
- Faccio una ricca prima colazione
- Mangio più di 7 porzioni di frutta e verdura al giorno
- Mangio pesce 2-4 volte la settimana
- Bevo tè e caffè occasionalmente (massimo 2-3 al giorno)
- Mangio seduto/a e rilassato/a
- Faccio pasti regolari e bilanciati
- Preferisco la cucina casalinga, e vado a mangiare fuori in occasioni speciali
- Bevo un bicchiere di vino durante i pasti
- Cerco di bere ogni giorno circa 2 litri di acqua
- Mangio quando ho lo stimolo della fame, evitando gli eccessi
- Sono soddisfatto/a della mia forma fisica

### ESERCIZIO/ATTIVITÀ FISICA

- Faccio esercizio per circa 30-40 minuti, 3-4 volte la settimana
- Svolgo un lavoro attivo e movimentato
- Non mi piace stare sdraiato/a sul divano; preferisco fare qualcosa la sera
- Mi piace stare all'aperto e fare passeggiate

### ATTEGGIAMENTO MENTALE

- Amo il mio lavoro e non lo trovo troppo stressante
- La vita in casa è felice e piacevole
- Di solito vado d'accordo con familiari/coniuge/amici
- In generale sento di avere un buon controllo della mia vita e della mia carriera
- So chiaramente cosa voglio dalla vita
- Di rado mi faccio prendere da rabbia, collera, ansia
- Ho fiducia in me stesso/a ed ho un atteggiamento positivo verso gli altri
- Cerco di vivere bene il presente!

### RELAX, SONNO, HOBBY

- Cerco sempre di dedicare del tempo alle cose che mi piacciono di più
- Divido scrupolosamente il mio tempo tra famiglia, amici e lavoro
- Ho imparato l'arte di dire 'no' con cortesia
- Ho un orario di lavoro flessibile
- Faccio meditazione (yoga o tai chi) con regolarità
- Riesco facilmente a prendere sonno
- Ho un sonno tranquillo e mi sveglio riposato/a
- Amo i miei hobby e trovo il tempo per praticarli
- Con i miei figli riesco a trascorrere delle giornate piacevoli
- Riesco a rilassarmi ogni volta che ne sento il bisogno

### ORGANISMO

- Mi ammalo raramente
- Vado raramente dal medico
- Prendo regolarmente degli integratori

**Quanti punti positivi avete segnato? Se i negativi sono più dei positivi, dovete cominciare oggi stesso a pianificare per voi un futuro migliore!**

**Una volta compilata la lista di controllo, mostrate i risultati al vostro Distributore il quale sarà felice di aiutarvi a realizzare un piano di integrazione adatto al vostro stile di vita. Nella pagina seguente troverete qualche esempio...**