



# Questionnaire de santé

Nom : .....

Prénom : .....

Mail : .....

Tél : .....



## Questionnaire 1\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stress             | <input type="checkbox"/> Fatigue passagère |
| <input type="checkbox"/> Anxiété            | <input type="checkbox"/> Chute de cheveux  |
| <input type="checkbox"/> Angoisse           | <input type="checkbox"/> Cheveux cassants  |
| <input type="checkbox"/> Surmenage          | <input type="checkbox"/> Cheveux ternes    |
| <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> Peau grasse       |
| <input type="checkbox"/> Déprime            | <input type="checkbox"/> Peau sèche        |
| <input type="checkbox"/> Dépression         | <input type="checkbox"/> Peau atopique     |
| <input type="checkbox"/> Fatigue chronique  |  |

## Questionnaire 2\*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Boulimie                        | <input type="checkbox"/> Douleurs et maux d'estomac, acidité/brûlure  |
| <input type="checkbox"/> Grignotage                      | <input type="checkbox"/> Troubles articulaires & douleurs musculaires |
| <input type="checkbox"/> Déséquilibre alimentaire        | <input type="checkbox"/> Douleurs chroniques                          |
| <input type="checkbox"/> Asthme                          | <input type="checkbox"/> Rhumatisme/tendinite                         |
| <input type="checkbox"/> Eczéma                          | <input type="checkbox"/> Chute de cheveux                             |
| <input type="checkbox"/> Toux                            | <input type="checkbox"/> Cheveux cassants                             |
| <input type="checkbox"/> Rhume                           | <input type="checkbox"/> Cheveux ternes                               |
| <input type="checkbox"/> Ménopause : bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Peau grasse                                  |
| <input type="checkbox"/> Ménopause : irritabilité        | <input type="checkbox"/> Peau sèche                                   |
| <input type="checkbox"/> Constipation                    | <input type="checkbox"/> Peau atopique                                |
| <input type="checkbox"/> Ballonnement                    | <input type="checkbox"/> Verrues                                      |

- oui j'accepte de recevoir une proposition de protocole  
 oui j'accepte de recevoir une cure \*

**Bilan Naturo-bien-être**  
**Liste de compléments alimentaires recommandés**

\*Cochez les cases correspondantes