

Fragebogen zu BioActive Q10 UniQinol®

Tester-Nr.

Bitte nur nach Einnahme-/Erfahrungszeitraum von min. 30 Tagen antworten.

Herr/Frau

Name:

Vorname:

Alter:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Start-Datum:

Menge der Kapseln: / tgl. mit 100 mg / 30 mg

Einnahmezeitpunkt:

morgens/mittags/abends

Beobachtungen allgemein:

trifft voll zu

trifft nicht zu

1

2

3

4

5

6

Besseres allgemeines Wohlbefinden

Steigerung der Leistungsfähigkeit / Vitalität

Höhere Ausdauer bei Aktivitäten

Stärkere Ausgeglichenheit / Stressresistenz

Besserer Schlaf

Individuelle Beobachtungen nach Priorität: (1 = stärkster Effekt; 5 = schwächster Effekt)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Interesse an dauerhafter Einnahme: ja / nein

Weiterempfehlung: ja / nein

-> Falls ja, an wen:

Herr/Frau

Name:

Vorname:

Alter:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

E-Mail: