

CLEANSE & REVITALISE VRAGENLIJST

Wil je weten of er sprake is van 'ophoping' van gifstoffen in je lichaam?

- Vul dan de lijst in en kruis aan wat voor jou van toepassing is.

	JA	NEE
1. Drink je meer dan 3 á 4 glazen alcohol per week?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Drink je meer dan 3 á 4 koppen koffie per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eet je vaker dan 2 keer in de week (witte) rijst en/of pasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Drink je meer dan 1 glas frisdrank of niet vers vruchtensap per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gebruik je dagelijks producten die suiker bevatten (koek, snoep)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eet je vaker dan 3 keer per week vlees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Drink je ongefilterd kraanwater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eet je minder dan 2 stuks vers fruit en 2 ons verse groenten per dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eet je vaker dan 2 keer per week fastfood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Heb je amalgaam (zilverkleurige) vullingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heb je borstimplantaten of gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Heb je huisdieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Rook je?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Gebruik je drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gebruik je medicijnen en/of een anticonceptiepil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Heb je minder dan 1 keer per dag ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Heb je tapijt in huis of in je werkomgeving?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Heb je in de afgelopen 6 maanden je huis geschilderd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Koop je weleens producten die niet 100% biologisch zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gebruik je reinigingsmiddelen op chemische basis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Heb je in huis schimmel of vochtplekken (in de badkamer, keuken etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Heb je last van nagel- of voetschimmel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Heb je in de afgelopen 6 maanden vaccinaties gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Krijg je bijwerkingen van medicijnen of (voedings)supplementen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Krijg je bijwerkingen van alcohol- of koffiegebruik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEE
26. Ben je allergisch voor bepaalde voeding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ben je gevoelig voor sterke geuren (parfum, sigarettenrook of uitlaatgassen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Heb je seizoensgebonden allergieën (hooikoorts, zonneallergie etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Heb je donkere kringen onder je ogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wordt je 's nachts vaker dan 1 keer wakker om te plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Heb je last van een chronische (kriebel)hoest of overtollige slijmproductie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Moet je vaker dan 2 keer per dag je keel schrapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Zie je er ouder uit dan je werkelijke leeftijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Sport of beweeg je per week minder dan 2 uur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Heb je last van een slechte adem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Heb je last van een vieze smaak in je mond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Gebruik je vaker dan 1 keer per week laxeermiddelen of maagzuurremmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Heb je last van haaruitval of wordt het dunner of broos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Heb je last van hoofdhuidirritatie (bij het gebruik van haarverzorgingsproducten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Heb je last van roos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Heb je regelmatig last van opgezwollen handen, voeten of enkels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Heb je een pijnlijke of zware menstruatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Heb je aanslag (wit of geel) op je tong?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Heb je last van huiduitslag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Heb je last van acne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Heb je last van een vale of kleurloze (transparante, grauwe) huid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Is het wit van je ogen soms wat gelig of bloeddoorlopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ben je vaak en/of snel moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Heb je wel eens last van anale jeuk of aambeien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Heb je vaker dan 1 keer per week hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tel het aantal keren JA en NEE dat je hebt aangekruist en noteer je score.

/

SCORE

Tot 5 keer JA: Gefeliciteerd, je hebt weinig gifstoffen in je lichaam!

Tussen 5 en 15 keer JA: Er is sprake van ophoping van gifstoffen in je lichaam.

Meer dan 15 keer JA: Er is sprake van teveel gifstoffen in je lichaam. Volg het CLEANSE & REVITALISE programma om dit op te lossen.