

Phase IF/Woche 2

Mein persönliches Fastenintervall – die Auswertung

Fühlen Sie sich durch Intervallfasten besser?

- Ja
- Nein

In welchen Bereichen nehmen Sie eine Verbesserung wahr (z. B. mehr Zufriedenheit, besserer Schlaf, höhere Leistungsfähigkeit, regelmäßiger Stuhlgang)?

Können Sie ein regelmäßiges Fastenintervall erkennen?

- Ja
- Nein

Bitte notieren Sie Ihre Beobachtung:

Wie viele Stunden umfasst Ihr längstes Fastenintervall meistens?
Tragen Sie hier die Dauer in Stunden ein:

Halten Sie fest, welche der drei Hauptmahlzeiten Sie am liebsten/am häufigsten auslassen:

Oder legen Sie lieber einmal oder mehrmals in der Woche komplette Fastentage ein?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Welche Tage sind Ihre bevorzugten »Komplettfastentage«?

Verändern sich Ihre Fastenphasen am Wochenende?

- Ja
- Nein

Wenn ja: Bitte notieren Sie Ihre Beobachtungen und Gründe:

Können Sie Ihren individuellen Intervallfasten-Stil im Alltag umsetzen?

- Ja
- Nein

Wenn nein: Bitte notieren Sie, welche anderen Interessen/Körperbedürfnisse dagegenstehen?

Fazitfrage: Welcher intuitive Intervallfasten-Typ sind Sie?

Wie würden Sie Ihren persönlichen Ess- & Fasten-Stil bezeichnen?
