



1. Allgemeine Fragen

Fragebogennummer: 1

| | | | |
|----------------|------------------------------------|--------------|---|
| Name | ² <input type="text"/> | Anrede | ³ <input type="text"/> |
| Vorname | ⁴ <input type="text"/> | Geburtsdatum | ⁵ <input type="text"/> |
| Straße, Nummer | ⁶ <input type="text"/> | Beruf | ⁷ <input type="text"/> |
| PLZ, Ort | ⁸ <input type="text"/> | Geschlecht | ⁹ weiblich <input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ |
| Land | ¹⁰ <input type="text"/> | Telefon | ¹¹ <input type="text"/> |

| Größe | Gewicht | Fettanteil | Harnsäure | Blutzucker |
|---|---|--|--|---|
| ¹² <input type="text"/> | ¹³ <input type="text"/> | ¹⁴ % | ¹⁶ <input type="text"/> | ¹⁹ <input type="text"/> |
| ¹⁵ <input type="text"/> | ¹⁷ <input type="text"/> | ¹⁸ <input type="text"/> | ²⁰ <input type="text"/> | ²¹ <input type="text"/> |
| (in cm) | (in kg) | zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ | zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ | zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ |
| Blutdruck | Gesamt-Cholesterin | HDL-Cholesterin | Triglyceride | Homo-cystein |
| ²² <input type="text"/> | ²⁴ <input type="text"/> | ²⁷ <input type="text"/> | ³⁰ <input type="text"/> | ³³ <input type="text"/> |
| systolisch, diastolisch | ²⁵ mmol/L | ²⁸ mmol/L | ³¹ mmol/L | ³⁴ <input type="text"/> |
| ²³ <input type="text"/> | ²⁶ mg/dL | ²⁹ mg/dL | ³² mg/dL | ³⁴ <input type="text"/> |
| zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ | zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ | normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ | zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ | zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄ |

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Wieviel (kg) möchten Sie wiegen? | ³⁵ <input type="text"/> kg |
|----------------------------------|---------------------------------------|

³⁶ Sie betreiben keinen oder kaum Sport ? ₁

Sie betreiben bis zu dreimal wöchentlich Sport bei einer wesentlich erhöhten Pulsfrequenz ? ₂

Sie betreiben regelmäßig Ausdauersport (mindestens drei Stunden pro Woche) ? ₃

Sie betreiben Leistungssport ? ₄

³⁷ Sportart

| | | |
|---|--|--|
| ³⁸ Ist Ihre Arbeit körperlich sehr anstrengend ? | ja <input type="checkbox"/> ₁ | nein <input type="checkbox"/> ₂ |
|---|--|--|



| | ja | nein |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Erinnern Sie sich zumeist an Ihre Träume ? ³⁹ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Haben Sie weiße Flecken an den Fingernägeln ? ⁴⁰ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Haben Sie ein gutes (akustisches) Namensgedächtnis ? ⁴¹ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:

| Sind Sie Schwanger ? | Stillen Sie ? | Nehmen Sie die Pille ? | Menstruationsbeschwerden | Wechselbeschwerden | Menopause |
|---|---|---|---|---|---|
| ⁴² ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ | ⁴³ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ | ⁴⁴ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ | ⁴⁵ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ | ⁴⁶ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ | ⁴⁷ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂ |

2. Ernährungsgewohnheiten

| | Nie | Gelegentlich | Täglich | Mehrmals täglich |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ⁴⁸ Frische Salate (Rohkost) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁴⁹ Obst, frische Obstsäfte | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵⁰ Gemüse, frische Gemüsesäfte | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵¹ Vollkornprodukte | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵² Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵³ Frittiertes, Paniertes | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵⁴ Wurst, Geräuchertes | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵⁵ Fleisch | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵⁶ Fisch | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵⁷ Zucker, Süßwaren, zuckerhaltige Limonaden | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| ⁵⁸ Alkoholische Getränke | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

3. Streß

| | nie | selten | häufig | immer |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 59 Sind Sie beruflich starken psychischen Belastungen ausgesetzt ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 60 Sind sie privat starken psychischen Belastungen ausgesetzt ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 61 Fühlen Sie sich überfordert ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 62 Gibt es in Ihrem Umfeld Dinge, die Sie ändern möchten, aber nicht können ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 63 Können Sie sich entspannen ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 64 Können Sie gut schlafen ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| 65 Sind Sie mit sich und Ihrem Umfeld zufrieden ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

4. Umweltbelastungen

| | ja | nein | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| 66 Sind Sie am Wohnort starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| 67 Sind Sie am Arbeitsplatz starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| 68 Üben Sie eine Tätigkeit mit größerer Schadstoffbelastung (Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| 69 Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums,...) ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| 70 Arbeiten Sie häufig am Computer ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | Stunden / Tag 3 |
| 71 Benutzen Sie ein Handy ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | Minuten / Tag 3 |
| 72 Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| 73 Sind Sie häufig intensiver UV-Strahlung ausgesetzt (Sonne, Solarium) ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| 74 Wird in Ihrem Umfeld geraucht ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | |
| 75 Rauchen Sie selbst ? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | Zigaretten / Tag 3 |

5. Krankheiten, Beschwerden

| | ja | nein |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nehmen Sie zur Zeit vom Arzt verordnete Arzneimittel ? ⁷⁶ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben (Transplantation, Einnahme von Immunosuppressiva...) ? ⁷⁷ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

| | nie | selten | häufig | immer |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt ? ⁷⁸ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Leiden Sie unter Depressionen ? ⁷⁹ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Leiden Sie unter Infekten ? ⁸⁰ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Leiden Sie unter Verstopfung ? ⁸¹ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Leiden sie an Durchfall ? ⁸² | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Leiden sie unter Blähungen (Völlegefühl) ? ⁸³ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Leiden Sie an Appetitlosigkeit ? ⁸⁴ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| Haben Sie (nachts) Muskelkrämpfe ? ⁸⁵ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

Leiden Sie unter

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| ⁸⁶ Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen | <input type="checkbox"/> ₁ | Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> ₁₀ |
| Alkoholproblemen oder anderen Leberbelastungen (Hepatitis) | <input type="checkbox"/> ₂ | Krebs, Krebsnachsorge | <input type="checkbox"/> ₁₁ |
| Herz- Kreislaufproblemen | <input type="checkbox"/> ₃ | Arthrose, degenerative Erkrankungen | <input type="checkbox"/> ₁₂ |
| Entzündlichen Erkrankungen, Rheuma | <input type="checkbox"/> ₄ | Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson | <input type="checkbox"/> ₁₃ |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> ₅ | Neurodermitis | <input type="checkbox"/> ₁₄ |
| Diabetes Typ I | <input type="checkbox"/> ₆ | Osteoporose | <input type="checkbox"/> ₁₅ |
| Diabetes Typ II | <input type="checkbox"/> ₇ | Potenzproblemen | <input type="checkbox"/> ₁₆ |
| Fettstoffwechselstörungen | <input type="checkbox"/> ₈ | Psoriasis | <input type="checkbox"/> ₁₇ |
| Gicht | <input type="checkbox"/> ₉ | Schwermetallintoxikation | <input type="checkbox"/> ₁₈ |

Hinweis auf Datenschutz: Die Datei werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Vitalstoffbedarfs, der computerbeschützt ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.