

1. Adresse			
Name		Anrede	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Nummer		Beruf	
PLZ, Ort		Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Land		Telefon	
eMail		Fax	

2. Allgemein	
Größe (in cm)	
Gewicht (in kg)	

Aktivität	
<p>Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?</p> <p><input type="checkbox"/> ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z.B. Büroangestellte, Feinmechaniker).</p> <p><input type="checkbox"/> sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z.B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fließbandarbeiter).</p> <p><input type="checkbox"/> überwiegend gehende und stehende Arbeit (z.B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).</p> <p><input type="checkbox"/> körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z.B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler).</p>	
<p>Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und/oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit (länger als 30 Minuten)?</p>	<p><input type="checkbox"/> gar nicht</p> <p><input type="checkbox"/> 1-3 mal</p> <p><input type="checkbox"/> 4 mal oder öfter</p>

Ernährungsgewohnheiten	
Wie oft konsumieren Sie Fleisch?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> täglich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Fisch?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> täglich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Eier?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> täglich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> täglich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Obst, Salate oder Gemüse?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> täglich viel <input type="checkbox"/> sehr viel
Machen Sie regelmäßig Diäten oder Fastenkuren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter <input type="checkbox"/> 1-2 Liter <input type="checkbox"/> 2-3 Liter <input type="checkbox"/> mehr als 3 Liter
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> ein Glas täglich <input type="checkbox"/> mehr als 3 Gläser täglich <input type="checkbox"/> mehr als 1 Flasche täglich
Wieviel Kaffee trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> bis zu 2 Tassen <input type="checkbox"/> mehr als 2 Tassen
Trinken Sie regelmäßig Cola / phosphathaltige Limonaden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> mehr als 10 Zigaretten täglich <input type="checkbox"/> eine Packung täglich <input type="checkbox"/> mehr als zwei Packungen täglich
Wird in Ihrem Umfeld geraucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Milch/Milchprodukte <input type="checkbox"/> Früchte allgemein <input type="checkbox"/> Blütenpollen/Heuschnupfen/usw. <input type="checkbox"/> andere:

3. Diagnose				
Leiden Sie unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Leiden Sie unter Durchfall?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Wurde eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben (Transplantation, Einnahme von Immunsuppressiva, usw.).	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

<i>Ist einer der folgenden Erkrankungen zutreffend?</i>	
<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Alzheimer/Demenz	<input type="checkbox"/> Herzschwäche
<input type="checkbox"/> Arteriosklerose	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss)	<input type="checkbox"/> Zöliakie (Glutenunverträglichkeit)
<input type="checkbox"/> (Bronchial-)Asthma	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität (Kinder)
<input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung (akut, in Behandlung)
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Makula-Degeneration
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Migräne
<input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS)
<input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS)	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Chronische Niereninsuffizienz
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1)	<input type="checkbox"/> Paradontitis
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2)	<input type="checkbox"/> Parkinsonsche Krankheit
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Potenzproblem (erektile Dysfunktion)
<input type="checkbox"/> Häufige Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz)	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion)
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion)
<input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel	<input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche)
<input type="checkbox"/> Herpes	

4. Medikamente

Bitte kreuzen Sie, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker | <input type="checkbox"/> Gichtmittel |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika, Blutdruck senkende Mittel | <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel |
| <input type="checkbox"/> Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung | |

Ich nehme regelmäßig andere, hier nicht aufgeführte Medikamente. Bitte alle Arzneimittel nennen:
(Bei Bedarf bitte Rückseite verwenden)

5. Nur für Frauen

Nehmen Sie Verhütungsmittel (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.)?

nein ja

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?

nein ja

Sind Sie schwanger?

nein ja → _____ Monat

Stillen Sie?

nein ja

6. Körperliche Verfassung

Ich kann gut schlafen.

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Ich bin nervös, übererregt und leicht reizbar.

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Ich fühle mich müde, schlapp und antriebslos.

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Beruflich und/oder privat stehe ich unter starkem Stress.

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Ich fühle mich in meiner Vitalität eingeschränkt.

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Ich bin Schadstoffen, wie Autoabgasen oder Smog, ausgesetzt.

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Meine Haut ist welk und trocken.

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Ich schwitze oft stark (z.B. Sport, Sauna).

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Hinweis auf Datenschutz:

Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Mikronährstoffbedarfs, der computergestützt ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.