

1. Allgemeine Fragen

Fragebogennummer: ¹

Name	² <input style="width: 95%;" type="text"/>	Anrede	³ <input style="width: 95%;" type="text"/>
Vorname	⁴ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Geburtsdatum	⁵ <input style="width: 95%;" type="text"/>
Straße, Nummer	⁶ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Beruf	⁷ <input style="width: 95%;" type="text"/>
PLZ, Ort	⁸ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Geschlecht	⁹ weiblich <input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂
Land	¹⁰ <input style="width: 95%;" type="text"/>	Telefon	¹¹ <input style="width: 95%;" type="text"/>

Größe ¹² <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> (in cm)	Gewicht ¹³ <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> (in kg)	Fettanteil ¹⁴ % ¹⁵ zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Harnsäure ¹⁶ ¹⁷ µmol/L ¹⁸ mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Blutzucker ¹⁹ ²⁰ mmol/L ²¹ mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄
Blutdruck ²² systolisch, diastolisch ²³ zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Gesamt-Cholesterin ²⁴ ²⁵ mmol/L ²⁶ mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	HDL-Cholesterin ²⁷ ²⁸ mmol/L ²⁹ mg/dL normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Triglyceride ³⁰ ³¹ mmol/L ³² mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Homo-cystein ³³ ³⁴ µmol/L zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄

Wieviel (kg) möchten Sie wiegen? ³⁵

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 ₁ nein 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 Immunsuppressiva...) ? 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"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Leiden Sie unter Depressionen ? ⁷⁹	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Leiden Sie unter Infekten ? ⁸⁰	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Leiden Sie unter Verstopfung ? ⁸¹	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Leiden sie an Durchfall ? ⁸²	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Leiden sie unter Blähungen (Völlegefühl) ? ⁸³	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Leiden Sie an Appetitlosigkeit ? ⁸⁴	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Haben Sie (nachts) Muskelkrämpfe ? ⁸⁵	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

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