

# 1. Allgemeine Fragen

Fragebogennummer: <sup>1</sup>

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

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

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

<sup>36</sup> Sie betreiben keinen oder kaum Sport ? <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sie betreiben bis zu dreimal wöchentlich Sport bei einer wesentlich erhöhten Pulsfrequenz ? <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sie betreiben regelmäßig Ausdauersport (mindestens drei Stunden pro Woche) ? <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Sie betreiben Leistungssport ? <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<sup>37</sup> Sportart .....

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

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

**Nur von weiblichen Personen auszufüllen:**

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

## 2. Ernährungsgewohnheiten

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

### 3. Streß

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

### 4. Umweltbelastungen

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

## 5. Krankheiten, Beschwerden

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

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt ? <sup>78</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Leiden Sie unter Depressionen ? <sup>79</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Leiden Sie unter Infekten ? <sup>80</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Leiden Sie unter Verstopfung ? <sup>81</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Leiden sie an Durchfall ? <sup>82</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Leiden sie unter Blähungen (Völlegefühl) ? <sup>83</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Leiden Sie an Appetitlosigkeit ? <sup>84</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Haben Sie (nachts) Muskelkrämpfe ? <sup>85</sup>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

### Leiden Sie unter

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

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.