

1. Allgemeine Fragen

Fragebogennummer: 1

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

Größe	Gewicht	Fettanteil	Harnsäure	Blutzucker
¹²	¹³	¹⁴ %	¹⁶ ¹⁷ μmol/L ¹⁸ mg/dL	¹⁹ ²⁰ mmol/L ²¹ mg/dL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	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
(in cm)	(in kg)			
Blutdruck	Gesamt-Cholesterin	HDL-Cholesterin	Triglyceride	Homo-cystein
²² systolisch, diastolisch	²⁴ ²⁵ mmol/L ²⁶ mg/dL	²⁷ ²⁸ mmol/L ²⁹ mg/dL	³⁰ ³¹ mmol/L ³² mg/dL	³³ ³⁴ μmol/L
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 kg
----------------------------------	------------------

³⁶ Sie betreiben keinen oder kaum Sport?	<input type="checkbox"/> ₁
Sie betreiben bis zu dreimal wöchentlich Sport bei einer wesentlich erhöhten Pulsfrequenz?	<input type="checkbox"/> ₂
Sie betreiben regelmäßig Ausdauersport (mindestens drei Stunden pro Woche)?	<input type="checkbox"/> ₃
Sie betreiben Leistungssport?	<input type="checkbox"/> 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
FrISChe Salate (Rohkost) ⁴⁸	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Obst, frISChe Obstsäfte ⁴⁹	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Gemüse, frISChe Gemüsesäfte ⁵⁰	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vollkornprodukte ⁵¹	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Joghurt, FrISChmilchprodukte, Käse ⁵²	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Frittiertes, Paniertes ⁵³	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wurst, Geräuchertes ⁵⁴	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Fleisch ⁵⁵	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Fisch ⁵⁶	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zucker, Süßwaren, zuckerhaltige Limonaden ⁵⁷	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Alkoholische Getränke ⁵⁸	<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 Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Vitalstoffbedarfs, der computerbeschützt ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.