

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 μmol/L	¹⁹ mmol/L
<input type="text"/>	<input type="text"/>	¹⁵	¹⁷ mg/dL	²⁰ mg/dL
(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	²⁴	²⁷	³⁰	³³
systolisch, diastolisch	²⁵ mmol/L	²⁸ mmol/L	³¹ mmol/L	³⁴ μmol/L
²³	²⁶ mg/dL	²⁹ mg/dL	³² mg/dL	
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 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"/> 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

Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen ⁸⁶	<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.