



1. Adresse

Name		Anrede	
Vorname		Geburtsdatum	
Strasse, Nummer		Beruf	
PLZ, Ort		Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Land		Telefon	
e-mail		Fax	

2. Allgemein

Grösse (in cm)	
Gewicht (in kg)	

Aktivität

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?

- ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (z.B. alte oder gebrechliche Menschen).
- ausschliesslich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z.B. Büroangestellte, Feinmechaniker).
- sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z.B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fließbandarbeiter).
- überwiegend gehende und stehende Arbeit (z.B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).
- körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z.B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler).

Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und / oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit (länger als 30 Minuten)?

- gar nicht
- 1-3 mal
- 4mal oder öfter



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
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? (Glas Wein = 0.2 Liter Glas Beer = 0.5 Liter)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> ein Glas täglich <input type="checkbox"/> 2 - 3 Gläser täglich <input type="checkbox"/> mehr als 3 Gläser täglich					
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 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"/> Zitrusfrüchte <input type="checkbox"/> Blütenpollen / Heuschnupfen / usw.					

3. Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> öfters	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Leiden Sie unter Durchfall?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> öfters	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Wurde eine Krebstherapie durchgeführt ? (schulmedizinisch abgeschlossen?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			



Leiden Sie unter...

<input type="checkbox"/> Akne <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demenz <input type="checkbox"/> Arteriosklerose <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss) <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS) <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> häufige Erkältungskrankheiten <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) <input type="checkbox"/> Gastritis (chron. Helicobacter-pylori Infektion) <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel <input type="checkbox"/> Herpes (Zoster)	<input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzschwäche <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Zöliakie <input type="checkbox"/> Hyperaktivität <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (nicht schulmedizinisch abgeschlossen) <input type="checkbox"/> altersbedingte Makula-Degeneration <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> Neurodermitis <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Paradontitis <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Krankheit <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektile Dysfunktion) <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion) <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion) <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche)
--	--

4. Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:

<input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin <input type="checkbox"/> Antihypertonika, Blutdruck senkende Mittel <input type="checkbox"/> Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung <input type="checkbox"/> Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/> Gichtmittel <input type="checkbox"/> Tuberkulosemittel <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmässig andere, hier nicht aufgeführte Medikamente.
--	--

5. Nur für Frauen

Nehmen Sie ein Gestagen oder Östrogen (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.) ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Menstruationsbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Libido Probleme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja => _____ Monat
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



6. Körperliche Verfassung

Können Sie gut schlafen?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie guter Laune?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie voller Energie?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Fühlen Sie sich gestresst?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer

Hinweis auf Datenschutz:

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