



## 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<br><input type="checkbox"/> 1-2 Liter<br><input type="checkbox"/> 2-3 Liter<br><input type="checkbox"/> mehr als 3 Liter  |                                 |                                      |                                  |                                       |                                    |
| Konsumieren Sie Alkohol?<br>(Glas Wein = 0.2 Liter<br>Glas Beer = 0.5 Liter) | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> selten<br><input type="checkbox"/> ein Glas täglich<br><input type="checkbox"/> 2 - 3 Gläser täglich<br><input type="checkbox"/> mehr als 3 Gläser täglich  |                                 |                                      |                                  |                                       |                                    |
| Rauchen Sie ?<br>Wenn ja, wieviel ?  | <input type="checkbox"/> gar nicht<br><input type="checkbox"/> mehr als 10 Zigaretten täglich<br><input type="checkbox"/> eine Packung täglich<br><input type="checkbox"/> mehr als eine Packung täglich<br><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<br><input type="checkbox"/> Milch / Milchprodukte<br><input type="checkbox"/> Früchte allgemein<br><input type="checkbox"/> Zitrusfrüchte<br><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 ?<br>(schulmedizinisch abgeschlossen?) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |                                 |                                 |                                       |



### Leiden Sie unter...

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

## 4. Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:

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

## 5. Nur für Frauen

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