

- Ernährungsphysiologische Diagnose und Therapie umwelt- und ernährungsbedingter Erkrankungen
- Ernährungsberatung

## Gesundheits – Fragebogen

Vor – und Zuname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihnen die Auswertung faxen oder per E-Mail zusenden? Ja  Nein

Faxnummer oder E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Liebe Klientin, lieber Klient,

dieser Gesundheits-Fragebogen dient dem Ziel, Ihre Gesundheit zu erhalten bzw. wieder zu erlangen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Um alles über Sie zu erfahren, müssen wir eine Menge Fragen an Sie richten. Jede dieser Fragen hat eine bestimmte Absicht und Bedeutung für uns. Keine einzige dieser Fragen ist überflüssig. Auch Fragen, von denen Sie denken, dass sie nichts mit Ihren Beschwerden zu tun haben, können von höchster Wichtigkeit sein. Deshalb sollten Sie so ehrlich wie möglich, aber doch spontan, folgende Fragen beantworten. Falls Sie aktuelle ärztliche Befunde haben, bitten wir Sie, diese in Kopie mitzuschicken (keine Röntgenbilder, MRT oder CT-Aufnahmen).

Die Auswertung des Fragebogens kostet € 24,--.

Im Falle von Unklarheiten wenden Sie sich bitte während der Ordinationszeiten jederzeit an uns.

- Ernährungsphysiologische Diagnose und Therapie umwelt- und ernährungsbedingter Erkrankungen
- Ernährungsberatung



**Bitte sorgfältig ausfüllen:**

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie überwiegend  Stehend   Sitzend   Wechselnd

Art der derzeitigen Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Stichwortartige Beschreibung meiner Beschwerden während der letzten 5 Jahre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

In ärztlicher Behandlung seit: \_\_\_\_\_

Raucher: nein  ja  Ich rauche tgl.: \_\_\_\_\_ Zigaretten der Marke \_\_\_\_\_

Ich nehme folgende Medikamente und/oder Nährstoffpräparate regelmäßig ein:

| Präparat | Dosis | seit | Präparat | Dosis | seit |
|----------|-------|------|----------|-------|------|
|          |       |      |          |       |      |
|          |       |      |          |       |      |
|          |       |      |          |       |      |

Wie viel Bewegung haben Sie am Tag: < 30 min.  30 – 60 min.  1- 2 Std.  2- 4 Std.

Welchen Sport betreiben Sie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auf einer Skala von 1 bis 10 bewerte ich meinen momentanen, allgemeinen Gesundheitszustand mit: zutreffendes bitte ankreuzen

|               |   |   |   |             |   |   |   |   |                |
|---------------|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----------------|
| 1<br>schlecht | 2 | 3 | 4 | 5<br>mittel | 6 | 7 | 8 | 9 | 10<br>sehr gut |
|---------------|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----------------|

Sonstiges: \_\_\_\_\_

- Ernährungsphysiologische Diagnose und Therapie umwelt- und ernährungsbedingter Erkrankungen
- Ernährungsberatung

Wie beurteilen Sie Ihre eigenen Ess- und Trinkgewohnheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nahrungsmittel, die Sie schlecht oder gar nicht vertragen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ihre 10 am häufigsten verzehrten Lebensmittel und Speisen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Wie oft pro Woche ...  | nie                      | selten                   | 1-2 mal                  | 3-4 mal                  | öfters                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... <b>essen Sie Süßigkeiten</b> (Mehlspeisen, Schokolade, diverse Naschereien)?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie Weißmehlprodukte</b> (Brot, Semmeln, Nudeln, Feingebäck)?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie Vollkornprodukte?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie Gemüse?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie Obst?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie Salat?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie Pflanzenöle?</b><br>Welche: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie Fertigmahlzeiten</b> (Packerlsuppe, Pizza, fertige Tiefkühlgerichte)?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie tierisches Eiweiß</b> in Form von Fleisch, Wurst, Schinken, Speck etc.?<br>Welches: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>essen Sie tierisches Eiweiß</b> in Form von Milch, Joghurt, Käse, Topfen, Sauerrahm etc.?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... <b>trinken Sie Limonaden</b> (Cola, Fanta, Eistee etc.)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich decke meinen Flüssigkeitsbedarf vorwiegend durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Gesamtmenge: \_\_\_\_\_ l/Tag

- Ernährungsphysiologische Diagnose und Therapie umwelt- und ernährungsbedingter Erkrankungen
- Ernährungsberatung

**Bitte sorgfältig ausfüllen:**

|   |                            | Ja                       | Nein                     |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich leide an Angstzuständen und/oder Panikattacken*:            | manchmal / häufig / immer* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter einer depressiven Stimmungslage:                | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter Kopfschmerzen und/oder Migräne*:                | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nervös:   | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Haut neigt zur Trockenheit:                               |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Konzentrations- und/oder Lernstörungen*:               | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe einen schlechten Geschmackssinn und/oder Geruchssinn*: |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Herzbeschwerden:                                       | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: _____  |                            |                          |                          |
| Ich bin antriebslos und/oder müde*:                             | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Zungenbrennen:   | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Mundwinkelrhagaden (eingerissene Mundwinkel):          | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an Schlaflosigkeit:                                   | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mir fehlt morgens die Trauerinnerung:                           | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich verspüre Taubheitsgefühle an Armen oder Beinen*:            | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter muskulärer Leistungsschwäche:                   | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich neige zu Pilzinfektionen:                                   | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Sodbrennen:  | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Heißhungerattacken auf Süßes:                          | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Füße, Beine, Hände, Augenlider* sind angeschwollen:       | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Infektionsneigung ist erhöht:                             |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Zunge ist belegt:   | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Zahnfleisch hat sich in den letzten Jahren zurückgebildet: |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe eine verminderte Knochendichte (Osteoporose):          |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Hände und Füße sind kalt:                                 | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich neige zu Muskelkrämpfen:                                    | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter Stuhlträgheit:                                  | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme Abführmittel:   | manchmal / häufig / immer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* zutreffendes bitte unterstreichen

- Ernährungsphysiologische Diagnose und Therapie umwelt- und ernährungsbedingter Erkrankungen
- Ernährungsberatung

## Bitte sorgfältig ausfüllen:

|  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich trinke Alkohol: <span style="float: right;">manchmal / häufig / immer*</span>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich vertrage Alkohol schlecht:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich <b>habe</b> Amalgam-Plomben: Wie viele?: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich <b>hatte</b> Amalgam-Plomben: Wie viele?: _____ Wann entfernt? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an übermäßigem Haarausfall:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Haut-Pigmentstörungen:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nachtblind:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich verspüre einen Metallgeschmack: <span style="float: right;">manchmal / häufig / immer</span>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Wundheilung ist gestört/verzögert*:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Nägel: sind brüchig, sind gerillt, haben weiße Flecken*:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin empfindlich auf Chlorgeruch und/oder Fischgeruch*:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Atemwegsbeschwerden: <span style="float: right;">manchmal / häufig / immer</span>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche: _____   |                          |                          |
| Ich leide unter Nervenentzündungen:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin sonnenempfindlich:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Zahnfleischbluten: <span style="float: right;">manchmal / häufig / immer</span>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide unter Venenbeschwerden und/oder Hämorrhoiden*:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Gelenke schmerzen morgens nach dem Aufstehen: <span style="float: right;">manchmal / häufig / immer</span> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an Allergien:<br>Wenn ja, an welchen: _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Schilddrüsenprobleme:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Nur für Frauen

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich habe Kinder: <span style="float: right;">Geburtsjahr: _____</span>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Menstruation ist schmerzhaft und/oder unregelmäßig*:<br><span style="float: right;">manchmal / häufig / immer</span> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme Hormonpräparate:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Cellulite:  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\* zutreffendes bitte unterstreichen