

1. Allgemeine Fragen

Fragebogennummer: ¹

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

Grösse ¹² <input type="text"/> (in cm)	Gewicht ¹³ <input type="text"/> (in kg)	Fettanteil ¹⁴ ¹⁵ <input type="text"/> % zu hoch <input type="checkbox"/> ¹ normal <input type="checkbox"/> ² unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴	Harnsäure ¹⁶ ¹⁷ <input type="text"/> µmol/L ¹⁸ <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ¹ normal <input type="checkbox"/> ² unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴	Blutzucker ¹⁹ ²⁰ <input type="text"/> mmol/L ²¹ <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ¹ normal <input type="checkbox"/> ² zu tief <input type="checkbox"/> ³ unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴
Blutdruck ²² systolisch, diastolisch ²³ <input type="text"/> zu hoch <input type="checkbox"/> ¹ normal <input type="checkbox"/> ² zu tief <input type="checkbox"/> ³ unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴	Gesamt-Cholesterin ²⁴ ²⁵ <input type="text"/> mmol/l ²⁶ <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ¹ normal <input type="checkbox"/> ² zu tief <input type="checkbox"/> ³ unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴	HDL-Cholesterin ²⁷ ²⁸ <input type="text"/> mmol/l ²⁹ <input type="text"/> mg/dL normal <input type="checkbox"/> ² zu tief <input type="checkbox"/> ³ unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴	Triglyceride ³⁰ ³¹ <input type="text"/> mmol/l ³² <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ¹ normal <input type="checkbox"/> ² unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴	Homocystein ³³ ³⁴ <input type="text"/> µmol/l zu hoch <input type="checkbox"/> ¹ normal <input type="checkbox"/> ² unbekannt <input type="checkbox"/> ⁴

Wieviel (kg) möchten Sie wiegen?	³⁵ <input type="text"/> 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 <input type="text"/>

³⁸ Ist Ihre Arbeit körperlich sehr anstrengend?	<input type="checkbox"/> ja ¹	<input type="checkbox"/> nein 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?	Nemen 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
Sind Sie beruflich starken psychischen Belastungen ausgesetzt? 59	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sind Sie privat starken psychischen Belastungen ausgesetzt? 60	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Fühlen Sie sich überfordert? 61	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Gibt es in Ihrem Umfeld Dinge, die Sie ändern möchten, aber nicht können? 62	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Können Sie sich entspannen? 63	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Können Sie gut schlafen? 64	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sind Sie mit sich und Ihrem Umfeld zufrieden? 65	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

4. Umweltbelastungen

	ja	nein	
Sind Sie am Wohnort starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt? 66	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Sind Sie am Arbeitsplatz starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt? 67	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Üben Sie eine Tätigkeit mit grösserer Schadstoffbelastung (Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus? 68	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums...)? 69	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Arbeiten Sie häufig am Computer? 70	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Stunden /Tag 3
Benutzen Sie ein Handy? 71	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Minuten /Tag 3
Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen? 72	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Sind Sie häufig intensiver UV-Strahlung ausgesetzt (Sonne, Solarium)? 73	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Wird in Ihrem Umfeld geraucht? 74	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Rauchen Sie selbst? 75	<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 Druchfall? 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 Mikronährstoffbedarfs, der computergestützt ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.