

Fragebogen Vitalstoffanalyse

Allgemeines:

Vorname: _____ Nachname: _____

Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ Kg

Haut-Typ: hell dunkel

Sind Sie derzeit in medizinischer Behandlung? ja nein

Welche Erkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert? _____

Welche Medikamente nehmen Sie? _____

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Herz- Kreislauffitness (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Kommen Sie schnell außer Atem? ja nein
2. Wachen Sie nachts regelmäßig auf? ja nein selten oft
3. Sind Sie mehr als 3 x pro Woche für mindestens 30 Minuten körperlich aktiv? ja nein
(schnelles Gehen, Gartenarbeit, Laufen, Radfahren, Fitnessstudio, Tanzen, sonstige Sportarten)
4. Ist Ihr Blutdruck eher hoch normal niedrig
5. Essen Sie regelmäßig Fisch? Nie 1-2 x pro Woche 3-4 x pro Woche

Schlafqualität und -quantität

6. Grübeln Sie vor dem Einschlafen? selten oft
7. Haben Sie Probleme mit dem Einschlafen? selten oft
8. Wachen Sie nachts regelmäßig auf? selten oft
9. Trinken Sie abends ab 20 Uhr mehr als ¼ Liter Flüssigkeit? ja nein
10. Fühlen Sie sich morgens ausgeruht? selten meistens immer
11. Arbeiten Sie bis kurz vor der Nachtruhe an einem PC oder mit einem Smartphone? ja nein
12. Können Sie sich regelmäßig an Träume erinnern? nie selten meistens
13. Schnarchen Sie oder knirschen Sie nachts mit den Zähnen? ja nein

Augengesundheit

14. Arbeiten Sie täglich mehr als zwei Stunden am PC? ja nein
15. Haben Sie trockene Augen? ja nein
16. Leiden Sie an Diabetes? ja nein seit ___ Jahren
17. Sind Sie lichtempfindlich? ja nein

Zellschutz & Zellstress (Zutreffendes bitte ankreuzen)

18. Trinken Sie mehr als 1 x wöchentlich Alkohol? 1-2 x 3-4 x täglich

19. Rauchen Sie? selten täglich

20. Essen bzw. verzehren Sie mehr als 1 x wöchentlich mindestens 3 der folgenden Lebensmittel: Beerenfrüchte, Schokolade mit mindestens 70% Kakaoanteil, Walnüsse, grüner Tee, Knoblauch, Zwiebeln, Spinat, Brokkoli, Möhren, Tomaten, Tomatenmark, Gewürze wie z.B. Kurkuma und Rosmarin?

ja nein

21. Gehen Sie regelmäßig zur Sonnenbank bzw. nehmen ausgiebige Sonnenbäder?

ja nein

22. Betreiben Sie leistungsorientierten Sport? ja nein

23. Trinken Sie mehr als zwei Tassen Kaffee täglich? ja nein

24. Haben Sie mehr als zwei Amalgamfüllungen? ja nein

25. Hatten Sie Unfälle, bei denen die Halswirbelsäule in Mitleidenschaft gezogen wurde (z.B. Auffahrunfall)?

ja nein

26. Waren Sie häufiger den Ausdünstungen von Lacken und Lösungsmittel ausgesetzt?

ja nein

Stoffwechsel

27. Sind Sie übergewichtig? ja nein

Falls Ja: eher im Bauchbereich (Apfelform) oder im Hüftbereich (Birnenform)?

28. Sind Sie untergewichtig? ja nein

29. Frieren Sie schnell? ja nein

30. Haben Sie erhöhte Triglyceridwerte? ja nein weiß nicht

31. Haben Sie einen erhöhten Gesamtcholesterinspiegel? ja nein weiß nicht

32. Bekommen Sie schnell Hunger? ja nein

Darmgesundheit

33. Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang (mindestens jeden 2.Tag!)? ja nein

34. Neigen Sie zu hartem Stuhlgang? ja nein

35. Neigen Sie zu sehr weichem Stuhlgang? ja nein

36. Haben Sie in den letzten 10 Jahren mehr als 1 x Antibiotika nehmen müssen? ja nein

37. Rauchen Sie? ja nein selten

38. Sind Sie per Kaiserschnitt zur Welt gekommen? ja nein

39. Wurden Sie gestillt? ja nein

Stressresistenz, Motivation & emotionales Wohlbefinden

40. Fühlen Sie sich oft überfordert? ja nein

41. Sind Sie häufiger reizbar oder reagieren Sie eher impulsiv? ja nein

42. Sind Sie schnell abgelenkt? ja nein

43. Können Sie sich gut selbst motivieren? ja nein

44. Sind Sie eher „dünnhäutig“ bzw. sensibel und nehmen sich Dinge zu sehr zu Herzen? ja nein
45. Sind Sie eher ein Optimist? ja nein
46. Sind Sie eher ein Pessimist oder Realist? ja nein
47. Empfinden Sie helles Licht, Kosmetikdüfte oder eine laute Geräuschkulisse als sehr belastend? ja nein
48. Vertragen Sie heißes oder kühles Klima? ja nein

Immunfitness

49. Leiden Sie unter Allergien? ja nein
50. Neigen Sie zu Herpes? ja nein
51. Haben Sie mehr als einmal Jährlich einen grippalen Infekt? ja nein
52. Haben Sie Probleme mit Haut, Schleimhäuten oder Ihrem Verdauungstrakt? ja nein
53. Leiden Sie an einer entzündlichen Erkrankung? ja nein

Bindegewebe & Säure Basen Regulation

54. Führt körperliche Betätigung bei Ihnen schnell zu „Muskelbrennen“? ja nein
55. Ist Ihre Knochendichte zu niedrig? ja nein weiß nicht
56. Haben Sie regelmäßig Muskelkrämpfe? ja nein
57. Haben Sie Probleme mit der Verdauung? ja nein
58. Sind Sie häufig verspannt? ja nein

Hormonelle Regulation allgemein

59. Verspüren Sie mehrmals wöchentlich Angst oder Panik oder Wut? ja nein
60. Neigen Sie zu starker Gewichtszunahme unterhalb der Gürtellinie? ja nein
61. Bemerkten Sie ein Nachlassen Ihres sexuellen Verlangens? ja nein
62. Leiden Sie unter Beschwerden beim Wasser lassen, Nachträufeln, häufigem Harndrang o. ä.?
 ja nein

Frauengesundheit & hormonelle Regulation

63. Haben/hatten Sie starke Regelblutungen? ja nein
64. Haben Sie Hitzewallungen? ja nein
65. Leiden Sie zuweilen unter Schweißausbrüchen? ja nein
66. Sind Unregelmäßigkeiten oder Auffälligkeiten im monatlichen Zyklus aufgefallen? ja nein
67. Haben Sie Stimmungsschwankungen im Zusammenhang mit dem Zyklus? ja nein
68. Haben Sie Wassereinlagerungen (Ödeme) in den Beinen bemerkt? ja nein
69. Fanden sich bei Ihnen gynäkologische Auffälligkeiten wie Zysten oder Myome? ja nein
70. Haben Sie Hautveränderungen oder trockene Schleimhäute bemerkt? ja nein
71. Besteht bei Ihnen ein unerfüllter Kinderwunsch? ja nein
72. Leiden Sie an einer Migräne? ja nein

Männergesundheit & hormonelle Regulation

73. Wurde bei Ihnen jemals ein Prostataproblem diagnostiziert? ja nein

74. Leiden Sie unter Haarausfall? ja nein

Die Bestimmung der folgenden Laborwerte kann weitere Hinweise für eine sinnvolle Nahrungsergänzung geben:

Homocystein | Vitamin D3 | Serumalbumin | Ferritin | Triglyceride | Gesamtcholesterin | LDL-Cholesterin
HDL-Cholesterin | Harnsäure | Calcium | Kalium

Soweit diese Werte vorliegen bitte mailen oder faxen Sie sie unter Angabe Ihres Namens, damit wir sie in eine individuelle Empfehlung mit einbeziehen können.

nahrungswissen.swiss
Hübelweg 21
4465 Hemmiken, Schweiz

T +41 (0) 445 152 114
email post@nahrungswissen.net
home www.nahrungswissen.swiss

Handelsregister
CH-280.4.018.531-8
Geschäftsführung: Martina Heyer