



Vorname:
Email-Adresse(freiwillig):
Geschlecht: Weiblich Männlich

Nachname:
Geburtsdatum:

Straße:
Plz./Ort:
Aktions-Code:

Telefon(für Terminvereinbarung):

Anleitung für die Durchführung der Stoffwechsel-Analyse „Vitamine“

Für alle Fragen gilt:- Beantworten Sie alle Fragen, die nicht mit „freiwillig“ gekennzeichnet sind.

- Beantworten Sie so viele Fragen wie möglich.
- Beantworten Sie die Frage aber nur, wenn Sie die Antwort kennen.
- Beantworten Sie immer die Antwort, die am nächsten zur realen Antwort ist, auch wenn Sie denken, dass die Antwort ein bisschen anders aussähe. Dies hat oft einen Sinn. Je mehr Fragen Sie beantworten, umso genauer wird das Testergebnis.
- Beantworten Sie jedoch nicht Fragen, deren Antwort Sie NICHT genau wissen. Fragen die nur beantwortet werden, um sie zu beantworten, Können das Testergebnis negativ beeinflussen.

Aus Datenschutzgründen werden alle Ihre persönlichen Daten sofort nach Erzeugung des Tests von Ihren Antworten getrennt. Alle persönlichen Daten werden nach 14 Tagen unwiderruflich gelöscht.

Mit Beginn des Ausfüllens des nun folgenden Fragebogens stimmen Sie den aktuellen Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Food & Bodycoach zu. Diese Dienstleistung gilt als genutzt und ist ab dem Augenblick unwiderruflich, wenn Sie den ausgefüllten Fragebogen Ihrem Ernährungsberater übergeben haben. Sie bestätigen, das Sie damit einverstanden sind, das Ihre Daten zum Zweck der Planerstellung kurzfristig gespeichert werden. Food & Bodycoach verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben nicht an unbeteiligte Dritte weiter zu geben.

Allgemeine Angaben

Ich erwarte von der Stoffwechsel-Analyse Ratschläge zu folgenden Themen:

- Stoffwechselrisiken und Herz-Kreislaufkrankungen
- Bessere Leistungsfähigkeit
- Langes Leben (Anti-Aging)
- Gewichtsabnahme
- Stoffwechseleoptimierung (bzw. leichteres Gewicht halten)

Machen Sie zur Zeit eine Diät oder Fastenkur?

- Ja (dann füllen Sie bitte alle folgenden Fragen dieses Testes nicht gemäß Ihres aktuellen Diät-Lebens aus, sondern gemäß Ihres „normalen“ Verhalten vor oder nach einer Diät)
- Nein
- Raucher?**
- Raucher Nichtraucher

Körpermaße und Statur

Wenn ich ein paar Kilo zunehme, nehme ich...

- überwiegend am Po und Oberschenkel zu. Ich komme dann deutlich schlechter in meine Hosen hinein. Es kann vorkommen, dass ich schon nach wenigen Kilo Zunahme eine größere Hosengröße benötige, die mir aber an der Taille dann eher zu weit ist.
- eher gleichmäßig an Oberschenkel, Po und Bauch.
- überwiegend am Bauch zu. Ich komme dann zwar an Po und Oberschenkel noch ganz gut in meine Hosen rein, bekomme aber den obersten Knopf kaum mehr zu. Ich kann schon ein paar Kilo zunehmen, ohne dass sich die Konfektionsgröße meiner Hose ändert.

Meine Körpergröße (in cm) _____

Mein Gewicht (in kg) _____

Mein von Natur aus gegebener Körperbau ist...

- eher wenig muskulös ("leichte Knochen", schmale Handgelenke).
Wenn ich Sport mache, baue ich nur schwer Muskeln auf.
- eher mittel, weiß nicht so recht.
- eher muskulöse Statur (eher "kräftige Knochen"), wenn ich Sport mache, baue ich relativ leicht Muskeln auf.

Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität im Alltag und Beruf

- Ausschließlich sitzende oder liegende Lebensweise
z.B. alte, gebrechliche Menschen.
- Ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität, z.B.: Büroangestellte, Feinmechaniker.
- Oft 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 .
- Körperlich anstrengende berufliche Arbeit
z.B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler.

Mein Arbeits-Lebensrhythmus ist...

- tagsüber regelmäßig ohne Nachtarbeit.
- tagsüber unregelmäßig (z.B. Schichtarbeit) OHNE Nachtarbeit.
- tagsüber wechselnd (z.B. Schichtarbeit) MIT Nachtarbeit.
- ... mit regelmäßiger Nachtarbeit.

Freizeitsport?

- seltener als 1x/Woche
- 1x/Woche
- 2-4x/Woche
- öfter

Krankheiten und Medikamente

An welchen Krankheiten oder Beschwerden leiden Sie?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arterienverkalkung/-verengung (Herz, Beine, Zustand nach Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> Chronische Leberentzündung ("Hepatitis") | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Fettleber | <input type="checkbox"/> Häufige Infekte |
| <input type="checkbox"/> Erhöhter Cholesterinwert/Triglyzeridwert | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Chronische Nasennebenhöhlenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale |
| <input type="checkbox"/> Gicht, erhöhte Harnsäure | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung OHNE Funktionseinschränkung | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung MIT Funktionseinschränkung (z.B. Fibromyalgie, u.a.) | <input type="checkbox"/> Rheumatischer Formenkreis | <input type="checkbox"/> Häufige Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Wiederkehrende Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Arthrose/degenerative Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Altersbedingte Maculadegeneration (AMD) oder Grauer Star (Altersstar) |
| <input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Hohe Stressbelastung/BurnOut |
| <input type="checkbox"/> Leistungsschwäche | <input type="checkbox"/> Chronische Verstopfung | <input type="checkbox"/> (Bei Frauen:) Eisenmangel durch verstärkte Regelblutung |
| <input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit | <input type="checkbox"/> Häufige Durchfälle | <input type="checkbox"/> (Bei Frauen:) Wechseljahresbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Deutliches Schnarchen | <input type="checkbox"/> Reizdarm-Syndrom | <input type="checkbox"/> verstärkte Falten/Hautalterung |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa, M. Crohn | <input type="checkbox"/> Parodontose |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Häufige Stimmungswechsel | <input type="checkbox"/> Zahnimplantat |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Zahneinlege |
| <input type="checkbox"/> Völlegefühl <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Keine |



Sonstige: _____

Nehmen Sie (öfter bzw. regelmäßig) Medikamente oder Nahrungsergänzungen ein?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Senkung des Blutdrucks | <input type="checkbox"/> Multi-Vitamin-Präparat | <input type="checkbox"/> Präparat mit verschiedenen Pflanzenextrakten (Cranberry, Grüntee, oä) |
| <input type="checkbox"/> Senkung des Cholesterins | <input type="checkbox"/> Vitamin C | <input type="checkbox"/> Canberry-Präparat |
| <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> B-Vitamine | <input type="checkbox"/> Ginkgo-Präparat |
| <input type="checkbox"/> Andere zur Senkung des Blutzuckers | <input type="checkbox"/> Folsäure | <input type="checkbox"/> Ginseng-Präparat |
| <input type="checkbox"/> Gicht/Senkung der Harnsäure | <input type="checkbox"/> Vitamin E | <input type="checkbox"/> Grüntee-Präparat |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenhormon (Thyroxin) | <input type="checkbox"/> Vitamin D | <input type="checkbox"/> OPC-(Traubenkern)-Präparat |
| <input type="checkbox"/> Cortison | <input type="checkbox"/> Kalzium | <input type="checkbox"/> Fischöl (Omega-3-Fettsäuren) |
| <input type="checkbox"/> Mittel gegen Depression | <input type="checkbox"/> Magnesium | <input type="checkbox"/> Milchsäurebakterien ("Bifidus", "Acidophilus", o.ä.) |
| <input type="checkbox"/> Jod für die Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Zink | <input type="checkbox"/> Formuladiäten ("Pulver zum Abnehmen") |
| <input type="checkbox"/> (Bei Frauen:) "Pille" zur Verhütung | <input type="checkbox"/> Eisen | <input type="checkbox"/> Eiweißpulver |
| <input type="checkbox"/> Hormone wegen Wechseljahren | <input type="checkbox"/> Selen | <input type="checkbox"/> Ballaststoffe |
| <input type="checkbox"/> (Bei Frauen:) Ein Sojaprodukt gegen Wechseljahresbeschwerden | <input type="checkbox"/> Basenmineralien/Basenpulver | <input type="checkbox"/> Keine |
| <input type="checkbox"/> Abführmittel | <input type="checkbox"/> Multi-Mineralien/Spurenelement-Präparat | |
| <input type="checkbox"/> Mittel gegen Sodbrennen(Magensäureblocker) | <input type="checkbox"/> Coenzym Q 10 | |

Sonstige Medikamente: _____

Mahlzeitenrhythmus und -größe

Wie häufig lassen Sie generell Mahlzeiten aus Zeit- oder Gewichtsgründen ausfallen?

- selten/nie max. 1x/Woche 2-3x/Woche öfter

Allgemeine Ernährungsgewohnheiten

Süßigkeiten esse ich...

- selten/nie. 1x/Woche. 3-6/Woche. öfter.

Fastfood, Fertiggerichte aus Tüte oder Dose (nicht tiefgekühlt) oder beim „Imbiss“ esse ich...

- selten/nie. 2-4x/Woche. fast täglich. häufiger.

Obst, Gemüse (frisch oder tiefgekühlt), Salat esse ich pro Tag ca. so viele Portionen (1 Portion = ca.150g):

- 2oder weniger 3 bis 4 5 oder mehr

Achten Sie auf eine fettarme Ernährung?

- eher nicht manchmal oft

Fleisch esse ich...

- 1x/Woche 2-4x/Woche. 5x/Woche oder öfter. oder seltener.

Dabei bevorzuge ich (nur bei Fleischverzehr ausfüllen/freiwillig)...

- helles, weißes Fleisch. mal so, mal so. eher dunkles rotes Fleisch.

Seefisch esse ich...

- 1x/Woche 2-4x/Woche 5x/woche oder öfter oder seltener.

Trinken

Kaffe oder schwarzer Tee?

- selten/nie 1-2 Tassen/Tag 3 Tassen/Tag und mehr

Lebensstil

Wieviel Zeit verbringen Sie tagsüber in geschlossenen Räumen (Büro, Arbeitsplatz, Privaträume, etc.)?

- Nicht sehr viel, ich bin tagsüber einen großen Teil meiner Zeit an der freien Luft.
 Relativ viel, aber ich bin fast jeden Tag für mind. 2-3 Stunden draußen.
 Sehr viel, aber ich bin fast jeden Tag für mind. 1Stunde draußen.
 Die weitaus überwiegende Zeit. Allerdings kommt es mind. 1-2x in der Woche vor, das ich für ein paar Stunden an der frischen Luft bin.
 Fast ausschließlich. Die Zeit an der frischen luft beschränkt sich oft auf Wegstrecken o.ä.

Verbringen Sie Regelmäßig Zeit in klimatisierten Räumen?

- selten/nie öfter regelmäßig/täglich

Im Restaurant (Kantine) esse ich...

- 1x/Woche 2-4x/Woche. öfter. oder seltener.

Fetten Seefisch (z.b. Hering, Makrele, Wildlachs) esse ich...

- 1x/Woche 2-4x/Woche. öfter. oder seltener.

Milch und/oder Milchprodukte esse ich...

- selten/nie. 3-6x/Woche. 1-2x/Tag. öfter

Vollkornprodukte in Form von Brot, Reis oder Getreideflocken esse ich...

- 1x/Woche 2-4x/Woche. 5x/Woche oder öfter. oder seltener.

Rapsöl, Leinöl oder Wallnussöl esse ich...

- (nur beantworten wenn Sie es wissen/freiwillig)
 selten/nie. 1-2x/Woche 3-6x/Woche täglich

Andere pflanzliche Öl, z.b. Oliven-, Sonnenblumen-, Diestelöl esse ich...

- selten/nie. 1-2x/Woche. 3-6x/Woche. täglich.

Essen Sie jodiertes Speisesalz?

- selten/nie gelegentlich oft

Müssen Sie Jod meiden?

- ja nein

Alkohol trinke ich täglich (ca. im Durchschnitt)...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> selten bzw. nie. | <input type="checkbox"/> 1kleines Glas Bier(0,2 l). |
| <input type="checkbox"/> 1kleines Glas Wein(0,1 l). | <input type="checkbox"/> 1grobes Glas Bier(0,5 l). |
| <input type="checkbox"/> 1grobes Glas Wein(0,2 l). | <input type="checkbox"/> 2 große Gläser Bier(1 l) oder mehr. |
| <input type="checkbox"/> 2große Gläser Wein(insges. 0.4 l) oder mehr. | <input type="checkbox"/> 1 Spirituose oder 1 Cocktail. |
| | <input type="checkbox"/> 2Spirituosen oder 2 Cocktails oder mehr. |

Wie hoch schätzen Sie ihre Belastung durch Umwelteinflüsse wie Abgase und Lärm ein?

- niedrig mittel hoch

Sitzen Sie mehr als 15Stunden die Woche am Computer oder Fernseher?

- nein ja

Wie häufig empfinden Sie gerade Stress im Beruf oder zu Hause?

- nie gelegentlich häufig

Sind Sie auch am Wochenende berufstätig? nein ja

Bräunen Sie Ihre Haut Häufig oder besuchen Sie öfter ein Solarium?

- selten/nie ab und zu/häufiger



Hinweisblatt:

Wichtig!! Eine detaillierte Auswertung und das dazugehörige persönliche individuelle Beratungsgespräch erfolgt erst nach erfolgreichem Zahlungseingang auf dem folgenden Konto:

*Name: Food & Bodycoach Bankverbindung: Berliner Sparkasse BLZ 10050000 Kto-Nr. 190 4000 21
IBAN: DE 04100 50 0000 190 4000 21 BIC: BELADEVB33XXX*

Alternativ können Sie den Betrag auch in Bar beim persönlichen Termin in der Praxis bezahlen.

Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Telefonnummer oben im Fragebogenkopf mit an zugeben, da ohne eine feste Terminvereinbarung keine Auswertung erfolgen kann.
Damit möchten wir sichergehen, dass keine anonymen Fragebögen eingesendet werden, die dann unnötige Arbeitsaufwendungen nach sich ziehen.

Postanschrift: Food & Bodycoach
Im Ärztehaus „Rudolf Virchow“
Reichenberger Str. 3
D-13055 Berlin