

Name, Vorname	Tel.:	Alter
Strasse, Nr.; PLZ, Ort	Gewicht	Größe

Vitalstoffanalyse

1. Ernährung	nein	1x/Woche	2x/Woche	öfter
Essen Sie Fleisch/Eier				
Essen Sie Fisch				
Essen Sie Milchprodukte (Milch, Joghurt, Quark, Käse)				
Essen Sie Obst				
Essen Sie Gemüse / Salat				
Verwenden Sie Fertigprodukte (auch z.B. Salatsossen)				
Essen Sie in der Kantine				
Essen Sie Fastfood				
Essen Sie Süßigkeiten				
Welche Öle, Fette benutzen Sie zum Braten, Kochen, für Salate				

2. Getränke, Genussmittel			
Trinken Sie Wasser	0 - 1 l pro Tag	2 l pro Tag	3 l pro Tag
Trinken Sie Limo / Cola	0 - 0,2 l pro Tag	0,2 - 1 l pro Tag	mehr als 1 l pro Tag
Trinken Sie Obst- Gemüsesäfte	0 - 0,2 l pro Tag	0,2 - 1 l pro Tag	mehr als 1 l pro Tag
Trinken Sie Kaffee	1-2 Tassen tgl.	3-5 Tassen tgl.	mehr als 5 Tassen tgl.
Trinken Sie schwarzen Tee	1-2 Tassen tgl.	3-5 Tassen tgl.	mehr als 5 Tassen tgl.
Trinken Sie alkoholische Getränke Wein, Bier, Schnaps (bitte ankreuzen)	nein	2 x / Woche Menge je.....	täglich Menge.....
Rauchen Sie (pro Tag) Zigarren, Pfeife	nein	0-10 Zigaretten	mehr als 10 Zigaretten

3.	Verdauung, Stoffwechsel				
		ja	nein		
	Sind Sie oft appetitlos				
	Leiden Sie unter Mundgeruch				
	Reagieren Sie auf bestimmte Nahrungsmittel mit Hautausschlägen				
	Haben Sie Durchfälle				
	Haben Sie Verstopfung				
	Haben Sie oft Heißhunger auf Süßes				
	Haben Sie Sodbrennen/saures Aufstoßen				

4.	Verschiedenes				
		ja	nein		
	Fühlen Sie sich unter Stress (Beruf, Familie)				
	Sind Sie ängstlich				
	Sind Sie nervös				
	Haben Sie Schlafstörungen				
	Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen				
	können Sie sich schlecht konzentrieren				
	Ermüden Sie schnell				
	Werden Sie schnell ungeduldig, ärgerlich				
	Treiben Sie Sport	tgl	1 - 2 x / Woche	nein	
	Treiben Sie Leistungssport; welchen?				
	Gehen Sie regelmäßig zu Fuß	tgl	1-2 x / Woche	nein	

5.	Gewicht				
		ja	nein		
	Haben Sie Untergewicht				
	Haben Sie Übergewicht				
	Haben Sie starke Gewichtsschwankungen				

6.	Umwelt				
	Wohnen sie in einem	Neubau	Altbau		
			Bleirohre		
			Kupferrohre		
	Leben Sie in einer	Großstadt	Stadt	Dorf	
	Gibt es in ihrer Umgebung viele	Fabriken	Autoverkehr		
	Arbeiten Sie mit Schadstoffen, gefährlichen Stoffen, Strahlen				
	Beruf				
	Schimmelpilzbefall				

7.	Haare, Haut	ja	nein		
	Haben Sie oft Lippenherpes				
	Neigen Sie zu Ekzemen				
	Haben Sie Ringe unter den Augen				
	Neigen Sie zu unreiner Haut				
	Neigen Sie zu trockener Haut				
	Ist Ihre Haut empfindlich				
	Haben Sie kleine Fältchen				
	Brennen ihre Fußsohlen				
	Haben Sie eingerissene Ohrläppchen / Mundwinkel				
	Neigen Sie zu Sonnenallergie				
	Neigen Sie zu Haarausfall				
	Ist Ihr Haar trocken, schnell brüchig, glanzlos				
	Haben Sie brüchige Nägel				
	Haben Sie weiße Flecken auf den Nägeln				

8.	Krankheiten	ja	nein		
	Leiden Sie unter Allergien:				
	Asthma, Neurodermitis, Lebensmittelallergie, Heuschnupfen				
	Haben Sie mehr als 2 Infekte pro Jahr				
	Haben Sie ein schwaches Immunsystem				
	Leiden Sie unter Hefepilzerkrankungen				
	Sind Sie Diabetiker				
	Nehmen Sie Medikamente ein	welche			
	Nehmen Sie Hormonpräparate				
	Nehmen Sie Vitamine, Mineralstoffe, andere Nahrungsergänzungsmittel				
	Hat Ihr Arzt bei Ihnen auffällige Blutwerte festgestellt				

9.	Fragen für Frauen	ja	nein		
	Leiden Sie unter PMS (praemenstruelles Syndrom)				
	(vor der Regelblutung Spannungen in der Brust, Gewichtszunahme				
	Kopf- und Bauchschmerzen, Müdigkeit, Hautveränderungen,				
	Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Heißhunger)				
	Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden				
	(Stimmungsschwankungen, Hitzewallungen, Gewichtszunahme)				
	Nehmen Sie die Antibabypille				
	Sind Sie schwanger oder stillen Sie				

10.	Zusatzfragen	ja	nein		
	Leiden Sie unter Erkrankungen, Störungen der Harnblase				
	Leiden Sie unter Herz- Kreislauferkrankungen				
	Haben Sie schwere Erkrankungen / Operationen durchgemacht				
	Leiden Sie unter Rheuma, Muskel- Gelenkschmerzen				
	Leiden Sie unter Muskelkrämpfen	nachts	beim Sport		
	Brauchen Sie lange, um sich nach Erkrankungen zu erholen				
	Haben Sie hohe Cholesterin- /Triglylyceridwerte				
	Haben Sie hohe Harnsäurewerte, leiden Sie unter Gicht				
	Leiden Sie unter Hauterkrankungen (Schuppenflechte, Neurodermitis)				
	Leiden Sie unter Magenerkrankungen				
	Leiden Sie unter Epilepsie				
	Leiden Sie unter Erkrankungen der Augen				
	Leiden Sie unter chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Colitis, M. Crohn, Zöliakie)				
	Leiden Sie unter Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse				

10a.	Evtl. Zusatzfragen für Männer	ja	nein		
	Potenzprobleme				
	Prostataprobleme				