

# FRAGEBOGEN

## für Ihre individuelle Empfehlung

Eigentlich kommen wir mit einem Garantieschein für viele glückliche Lebensjahre auf die Welt. Unser Herz, unsere Muskeln, das Immunsystem, unser Gehirn und viele Kilometer von elastischen Blutgefäßen sind natürlicherweise darauf angelegt, diese Garantie zu erfüllen und uns Fitness, Power, Lust, Freude und Kreativität zu schenken.

Dafür müssen wir nur jede einzelne unserer ca. 70 Billionen Körperzellen mit den erforderlichen Vitalstoffen versorgen.

Ernährungsgewohnheiten, Lebensumstände und sportliche Tätigkeiten beeinflussen den Nährstoffbedarf jedes Einzelnen auf unterschiedlichste Weise. Unter Zuhilfenahme dieses Fragebogens möchten wir Ihnen eine individuelle Empfehlung für eine gesündere Ernährung und gezielte Nahrungsergänzung geben.

## Angaben zur Person

### Angaben zur Person

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Bitte möglichst vollständig und gut leserlich ausfüllen!



## Körperliches Wohlbefinden

Verschlechterung des allgemeinen Wohlbefindens (Gesundheitszustand, subjektives Gesundheitsempfinden)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> starke
Gelenk- und Muskelbeschwerden (Kreuz-, Gelenk-, Gliederschmerzen, Rückenschmerzen)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> starke
Starkes Schwitzen (unerwartete/plötzliche Schweißausbrüche, Hitzewallungen unabhängig von Belastung)	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Schlafstörungen (Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes und müdes Aufwachen, schlechtes schlafen)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> starke
Körperliche Erschöpfung/Nachlassen der Tatkraft (allgemeine Leistungsminde- rung, Abnahme der Aktivität, fehlende Lust zu Unternehmungen, Gefühl weniger zu schaffen, zu erreichen; sich antreiben müssen, etwas zu unternehmen)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> starke
Abnahme der Muskelkraft (Schwächegefühl)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> starke
Fühlen Sie sich häufig müde und abgespannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie häufiger Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Haben Sie Erkältungen oder Infekte?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Leiden Sie unter Konzentrationsschwäche oder Vergesslichkeit?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft
Haben Sie häufiger Muskelkrämpfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Finden Sie Ihr Körpergewicht zu hoch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

## Psychisches Wohlbefinden

### Psychisches Wohlbefinden

Reizbarkeit (Aggressivität, durch Kleinigkeiten schnell aufgebracht, missgestimmt)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> sehr oft
Nervosität (innere Anspannung, innere Unruhe, nicht stillsitzen können)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> sehr oft
Ängstlichkeit (Panik)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> sehr oft
Depressive Verstimmung (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> sehr oft
Entmutigt fühlen, Totpunkt erreicht	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> sehr oft

## Sexuelles Wohlbefinden

### Sexuelles Wohlbefinden

Gefühl, Höhepunkt des Lebens ist überschritten	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	m/w
Abnahme der Libido <small>(weniger Spaß am Sex, kaum Lust auf Sexualverkehr)</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	m/w
Veränderungen durch Wechseljahre z.B. Haarausfall, Hitzewallungen oder Austrocknung derVaginalschleimhaut	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft	w
Nachlassen der Potenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	m
Abnahme der Anzahl morgendlicher Erektionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	m
Verminderter/Vermehrter Bartwuchs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> etwas	m/w


## Ernährung

### Ernährung

Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> oft						
Wieviel Wasser trinken Sie täglich?	_____ Liter								
Trinken Sie regelmäßig Kaffee?	_____ Tassen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein						
Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?									
<b>Essen:</b>	nie	einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich		nie	einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide/Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

## Sonstige Angaben

Sonstige Angaben/z.B. Nahrungsergänzungen / Medikamente

 <b>Ja, ich möchte meine individuelle Nahrungsergänzungs-Empfehlung von Ihnen haben</b>
Ort / Datum: _____ Unterschrift _____