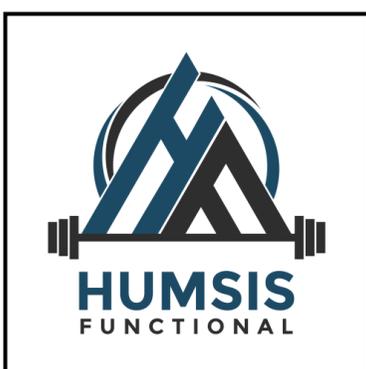


| Du bist was du isst  | ANKREUZEN                |                          | Aktuelles Datum:           |                                |   |   |   |    |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|---|---|----|
| Kaufen Sie Lebensmittel häufiger als alle vier Tage?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 1 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie mehr verpackte (gefrorene oder in Dosen) Früchte und Gemüse als frische?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 3 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie Gemüse mehr gekocht als Roh?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 3 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie Gemüse Täglich in weniger als zwei Mahlzeiten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 5 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Kaufen Sie mehr Bio Gemüse als Konventionelles Gemüse?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 5 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie Weißbrot öfters als Vollkornbrot?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 5 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie schnell Koch Getreide wie Express Reis, Polierten Reis, 2 Minuten Reis öfter als langsames Vollkorngetreide (Naturreis..)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 5 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie typische Eier von Hühnern aus Käfighaltung (im Gegensatz zu Eiern von Biologisch gehaltenen Hühnern)?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 5 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie Rotes Fleisch aus konventioneller Haltung öfters als alle 4 Tage?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 3 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie häufig Fleisch ( Rind, Huhn, Pute) aus anderen Quellen als Freilaufender und Hormonfreier Landwirtschaft?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 3 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie gefrorenen Fisch öfters als frischen Fisch?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 3 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie Nüsse oder Samen, die geröstet oder gesalzen sind?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 1 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Verwenden Sie herkömmliches weises Speisesalz - Kochsalz ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 5 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Essen Sie Fertiggerichte oder Hochverarbeitete Lebensmittel mehr als 2 mal pro Woche ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                            |                                | 5 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                            |                                |   |   |   |    |
| Benützen Sie eine Mikrowelle?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 2 | 5 | 10 |
|  | Nein                     | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 - 4 Mal pro Woche        | öfter als 4 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft konsumieren sie Pasteurisierte, Homogenisierte (Hoch erhitzte) Milch oder Käse?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 1 | 3 | 5  |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal pro Woche            | öfter als 3 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft Essen Sie ein konventionell hergestelltes Joghurt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 1 | 3 | 5  |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal pro Woche            | öfter als 3 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft nutzen Sie Salat dressings?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 1 | 2 | 3  |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 2 Mal pro Woche            | öfter als 2 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Verwenden Sie Mayonnaise oder Produkte, die Raffinierte Öle enthalten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 1 | 2 | 3  |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 2 Mal pro Woche            | öfter als 2 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft verwenden Sie weißen Zucker als Süßstoff?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 1 | 3 | 5  |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 2 - 3 Mal pro Woche        | öfter als 3 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft Essen Sie Lebensmittel oder verwenden Sie künstliche Süßstoffe die Aspartam, Saccharin, Cyclamat...?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 1 | 3 | 10 |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 2 - 3 Mal pro Woche        | öfter als 3 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft Essen Sie von Fast Food Restaraunts, wie Mc Donalds, Burger King, Kebab, Pizza...?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 2 | 5 | 10 |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal pro Woche            | öfter als 3 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft Essen Sie von Verkaufsautomaten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 2 | 5 | 10 |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal pro Woche            | öfter als 3 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Wie oft und wieviel trinken Sie pures Leitungswasser?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 2 | 5 | 10 |
|  | 2 - 3 Liter pro Tag      | 1 - 2 Liter pro Tag      | Halben bis 1 Liter pro Tag | Weniger als einen halben Liter |   |   |   |    |
| Wie oft Essen Sie von irgend einem Geschäft gekaufte Nachspeisen wie Eis, Kekse, Donuts, Kuchen oder Torten?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>       | 0 | 1 | 3 | 5  |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 2 - 3 Mal pro Woche        | öfter als 3 Mal pro Woche      |   |   |   |    |
| Gesamt   |                          |                          |                            |                                |   |   |   |    |
| ENDPUNKTE  | Name Eintragen:          |                          |                            |                                |   |   |   |    |



# ERNÄHRUNGS- UND LEBENSSTIL FRAGEBOGEN

| Stress  | ANKREUZEN                |                          |  |  |    |   |  |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--|----|---|--|--|
| Essen Sie mehr oder weniger, wenn Sie gestresst sind, als wenn nicht gestresst?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 10 | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Machen Sie sich Sorgen über ihren Job, Einkommen oder Geld Probleme?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 10 | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Haben Sie irgendwelche Beziehungen, die Ihnen Stress verursachen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 10 | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Fühlen Sie sich oft ängstlich?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 5  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Sind Sie oft aufgeregt, wenn etwas schief geht?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 5  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Schlagen Sie bei anderen um sich?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 5  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Haben Sie das Gefühl, Ihr Sexualtrieb ist niedriger als normal für Sie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 5  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Fühlen Sie sich isoliert oder alleine?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 5  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Fühlen Sie sich gestresst wegen mangelnder Intimität in einer oder mehreren Beziehungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 5  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Haben Sie den Kontakt mit Freunden verringert (das Gefühl antisozial), oder erhöht, weil Sie das Gefühl haben, Sie müssen Ihre Frustrationen loslassen, oder um andere nicht zu belasten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 3  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Nehmen Sie ein Form von Medikamenten, das direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Stress oder für eine psychische Störung zu tun hat?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 15 | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Brauchen Sie gewöhnlich mehr als zwei Arbeitsfreie Tage pro Jahr wegen Krankheit?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  | 5  | 0 |  |  |
|   | Ja                       | Nein                     |  |  |    |   |  |  |
| Gesamt  |                          |                          |  |  |    |   |  |  |
| ENDPUNKTE   | Name Eintragen:          |                          |  |  |    |   |  |  |

ERNÄHRUNGS- UND LEBENSSTIL FRAGEBOGEN

| Schlaf-Wach Rhythmus   | ANKREUZEN                |                          |                          |                           |    |   |   |    |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----|---|---|----|
| Lebst du in der gleichen Zeitzone, in der du geboren wurdest?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 0  | 5 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Reist du mehr als einmal im Monat über Zeitzonen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 10 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Gehst du gewöhnlich nach 22:30 ins Bett?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 10 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Sind die Zeiten, an denen Sie Stuhlgang haben, konsequent und vorhersehbar im täglichen Ablauf?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 0  | 5 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Leiden Sie unter reduzierter Gedächtnisleistung, seit dem Umzug in eine neue Zeitzone, oder seit dem Reisen über Zeitzonen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 10 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Hat sich Ihr Hungergefühl zum Frühstück, Mittag- und Abendessen verringert, seit dem Umzug in eine neue Zeitzone, oder seit Sie regelmäßig über Zeitzonen reisen (mehr als einmal im Monat)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 10 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Machen Sie Schichtarbeit, die ihnen abverlangt Nachts wach zu bleiben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 10 | 0 |   |    |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Wie oft wachen Sie mit dem Gefühl auf, als wären Sie unausgeschlafen oder mehr schlaf zu brauchen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 0  | 2 | 5 | 10 |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 3 Mal pro Woche          | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| Wie oft wachen Sie in der Nacht zwischen 1:00 Uhr und 4:00 Uhr auf, und schlafen danach schwer wieder ein?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 0  | 1 | 5 | 10 |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 3 Mal pro Woche          | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| Wie oft neigen Sie dazu nach dem Essen am Nachmittag schwer wach zu bleiben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 0  | 1 | 5 | 10 |
|  | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 3 Mal pro Woche          | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| <b>Gesamt</b>  |                          |                          |                          |                           |    |   |   |    |
| <b>ENDPUNKTE</b>   | <b>Name Eintragen:</b>   |                          |                          |                           |    |   |   |    |

ERNÄHRUNGS- UND LEBENSSTIL FRAGEBOGEN

| Du bist wie du isst   | ANKREUZEN                |                          |                          |                           |    |   |   |    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----|---|---|----|
| Überspringen Sie regelmäßig Mahlzeiten?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 3  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Vermeiden Sie Fett beim Essen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 5  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Essen Sie häufig Kohlenhydrate (wie Brot, Semmeln, Kekse, Nudeln, Müsli, Muffins, Chips, Schokolade oder Süßigkeiten) ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 5  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Werden Sie oft hungrig oder haben das verlangen, nach Süßigkeiten innerhalb von zwei Stunden nach dem Essen?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 5  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Haben Sie Schwierigkeiten, Fett um Ihren Bauch, Hüften oder Oberschenkel sogar mit regelmäßigen Übungen zu verbrennen?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 3  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Essen Sie Ihre größte Mahlzeit am Abend?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                           | 1  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                          |                           |    |   |   |    |
| Wie oft sind Sie mehr als 5 Stunden ohne zu essen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 0  | 1 | 2 | 3  |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 3 Mal pro Woche          | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| Wie oft überspringen Sie das Frühstück?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 0  | 1 | 5 | 10 |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 3 Mal pro Woche          | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| Wie oft konsumieren Sie Getränke mit Koffein oder Zucker (d. H. Kaffee, Tee, Limonaden, Fruchtsäfte mit Saccharose, Maissirup oder Zuckerzusatz)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 0  | 1 | 3 | 5  |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 Glas pro Tag           | 2 Gläser pro Tag         | Mehr als 2 Gläser pro Tag |    |   |   |    |
| Haben Sie Diäten versucht, um Gewicht zu verlieren?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | 0  | 1 | 3 | 5  |
|   | Nein                     | Einmal                   | Zweimal                  | 3 - 5 mal                 |    |   |   |    |
|   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                           | 10 |   |   |    |
|   | Mehr als 5 mal           |                          |                          |                           |    |   |   |    |
| <b>Gesamt</b>   |                          |                          |                          |                           |    |   |   |    |
| <b>ENDPUNKTE</b>  | <b>Name Eintragen:</b>   |                          |                          |                           |    |   |   |    |

ERNÄHRUNGS- UND LEBENSSTIL FRAGEBOGEN

| Verdauung   | ANKREUZEN                |                          |                             |                           |    |   |   |    |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|----|---|---|----|
| Finden Sie, dass Sie oft nach den Mahlzeiten rülpfen müssen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             |                           | 3  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                             |                           |    |   |   |    |
| Haben Sie oft Blähungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             |                           | 3  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                             |                           |    |   |   |    |
| Haben Sie Sehnsucht nach bestimmten Lebensmittel wie Brot, Schokolade, bestimmten Früchten und rotes Fleisch, wenn Sie diese ein oder zwei Tage nicht gegessen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             |                           | 5  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                             |                           |    |   |   |    |
| Haben Sie einen übermäßigen Appetit und / oder Heißhunger auf süßes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             |                           | 5  | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                             |                           |    |   |   |    |
| Haben Sie häufig (mehr als zweimal pro Woche) Bauchschmerzen, Krämpfe oder allgemeine Bauchbeschwerden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                             |                           | 20 | 0 |   |    |
|   | Ja                       | Nein                     |                             |                           |    |   |   |    |
| Wie oft leiden Sie unter Bauchblähungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | 0  | 3 | 5 | 10 |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal pro Woche             | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| Haben Sie oft weichen Stuhlgang oder Durchfall?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |                           | 0  | 1 | 5 |    |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 Mal pro Woche          | 3 Mal oder öfters pro Woche |                           |    |   |   |    |
| Wie oft erleben Sie Verstopfung oder Stuhlgänge, die kompakt oder schwer zu auszuscheiden sind?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |                           | 0  | 3 | 5 |    |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal oder öfters pro Woche |                           |    |   |   |    |
| Wie oft bekommen Sie nach dem Essen Kopfschmerzen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |                           | 0  | 3 | 5 |    |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal oder öfters pro Woche |                           |    |   |   |    |
| Wie oft haben Sie wenig Appetit oder fühlen sich nach dem Essen schlechter?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | 0  | 3 | 5 | 10 |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal pro Woche             | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| Wie oft haben Sie Verdauungsstörungen, Sodbrennen oder Magenverstimmung?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | 0  | 3 | 5 | 10 |
|   | Nie oder nur sehr selten | 1 - 2 Mal pro Woche      | 3 Mal pro Woche             | öfter als 3 Mal pro Woche |    |   |   |    |
| <b>Gesamt</b>   |                          |                          |                             |                           |    |   |   |    |
| <b>ENDPUNKTE</b>  | <b>Name Eintragen:</b>   |                          |                             |                           |    |   |   |    |

ERNÄHRUNGS- UND LEBENSSTIL FRAGEBOGEN

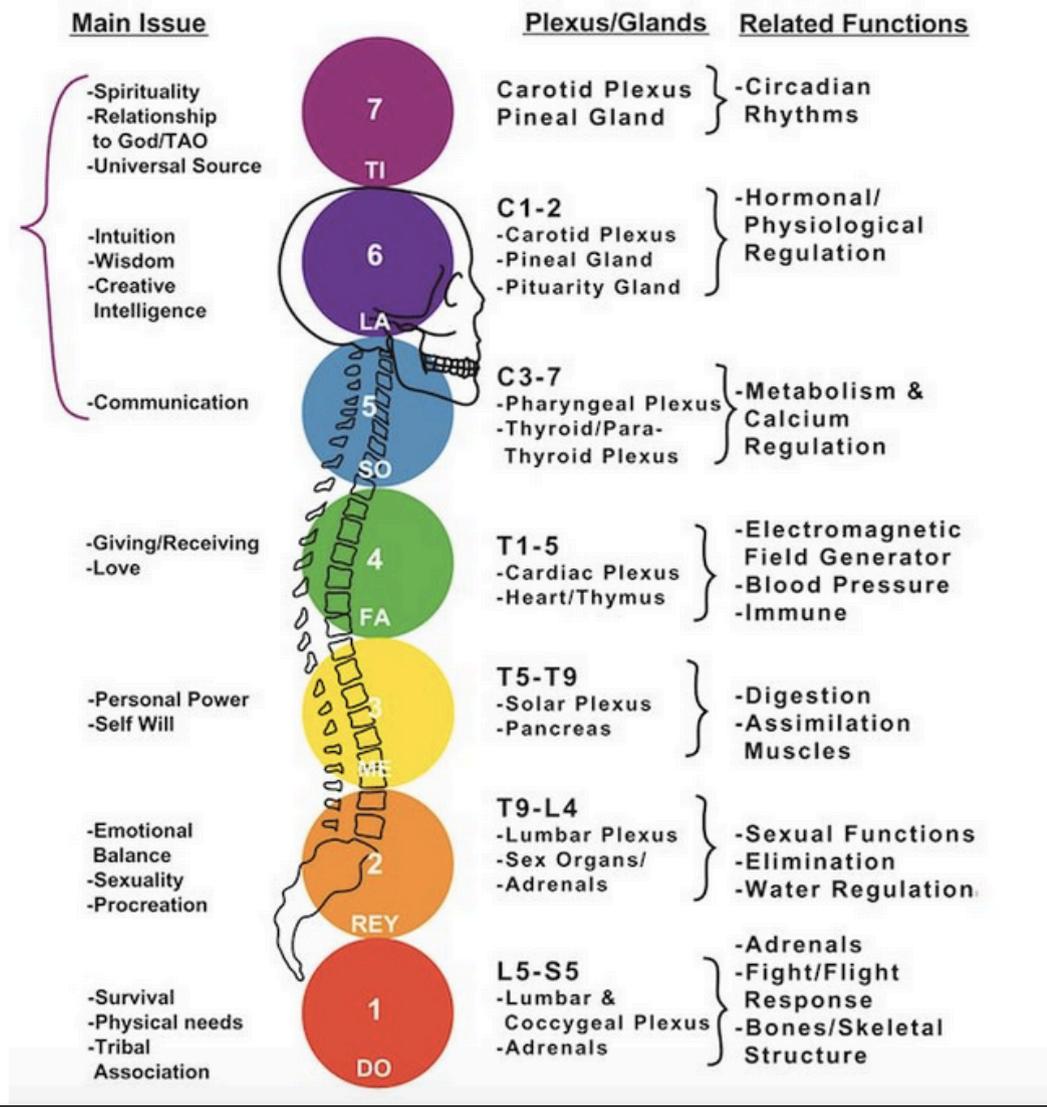
| Pilze und Parasiten  | ANKREUZEN                |                          |                          |  |    |   |    |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|---|----|--|
| Haben Sie schon einmal eine Narkose (Anästhesie) gehabt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie jemals Antibiotika genommen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Waren Sie oder bist du für irgendeinen Zustand behandelt worden, der verlangt, dass du medizinische Drogen einnimmst?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Sind Allgemein Ihre Stuhlgänge weich, schwer oder übel riechend?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Leiden Sie derzeit an einer Verdauungsstörung oder haben häufig Schmerzen in der Region oberhalb oder unterhalb des Nabels?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie Quecksilber-Amalgam-Füllungen in ihrem Mund?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie verschiedene Arten von Metall in den Mund; D.h. Gold- und Silber- oder Quecksilber-Amalgam und Gold oder Silber?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 5  | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie einen Juckreiz in den Ohren, Nase oder Rektum (After) Bereich?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie oder hatten Sie Schuppen im vergangenen Jahr?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Trinken oder Essen Sie regelmäßig Produkte mit Zucker, weißes Mehl, oder verarbeitete Milchprodukte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 5  | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie Sehnsucht nach Zucker, Obst oder Milch, wenn Sie keine dieser Produkte länger als drei Tage hatten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Finden Sie das, egal wie viel Sie essen, Sie werden schnell hungrig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 5  | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Hatten Sie im vergangenen Jahr einen Fußpilz (Juckreiz um die Zehen, Sohlen oder Fersen der Füße), Juckreiz oder eine Pilzinfektion unter einem Zehennagel (Verdickung des Zehennagels)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 20 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie jemals eine Rötung um den Mund oder Nasen Bereich nach dem Essen oder Trinken?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 5  | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie regelmäßig Muskel- oder Gelenkschmerzen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 5  | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Haben Sie Stimmungsschwankungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Essen sie eine süße Zwischenmahlzeit oder trinken Kaffee, Soft Drink oder Sport Getränke die meisten Tage, um Ihre Energie zu halten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Leiden Sie unter irgendeiner Hauterkrankung?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 10 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Hatten Sie jemals Sex oder engen körperlichen Kontakt mit jemanden, von dem Sie wissen, das die Person eine Pilzinfektion (einschließlich Fußpilz, Juckreiz, Schuppen) oder Parasiten Infektion hatte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |  | 20 | 0 |    |  |
|  | Ja                       | Nein                     |                          |  |    |   |    |  |
| Wie beurteilen Sie ihren Stresszustand im Leben?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | 0  | 5 | 10 |  |
|  | Stressfrei               | Mässig stressig          | Sehr stressig            |  |    |   |    |  |
| Gesamt   |                          |                          |                          |  |    |   |    |  |
| ENDPUNKTE  | Name Eintragen:          |                          |                          |  |    |   |    |  |

ERNÄHRUNGS- UND LEBENSSTIL FRAGEBOGEN



| Punkte Auswertung   |  |                  |                         |                               |                              |                                     |   |
|---------------------|--|------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| Fragebögen          | Du Bist was du isst<br>Zone 1, 2 und 3 | Stress<br>Zone 4 | Schlaf-Wach<br>Rhythmus | Du Bist wie du isst<br>Zone 3 | Verdauung<br>Zone 1, 2 und 3 | Pilze und Parasiten<br>Zone 3 und 4 | Gesamt Wertung  |
| Hohe Priorität      | 130                                    | 81               | 90                      | 50                            | 81                           | 195                                 | 627   |
|                     | 60                                     | 60               | 70                      | 35                            | 90                           | 120                                 |  . |
|                     | 50                                     | 40               | 50                      | 20                            | 40                           | 60                                  | 260   |
| Mittlere Priorität  | 40                                     | 30               | 40                      | 15                            | 30                           | 50                                  |  . |
|                     | 30                                     | 20               | 30                      | 10                            | 20                           | 40                                  | 150   |
| Niedrige Priorität  | 15                                     | 10               | 15                      | 5                             | 15                           | 20                                  |  . |
|                     |  |                  |                         |                               |                              |                                     |   |
| Wertung 1<br>Datum: |  |                  |                         |                               |                              |                                     |   |
| Wertung 2<br>Datum: |  |                  |                         |                               |                              |                                     |   |
| Name Eintragen:     |  |                  |                         |                               |                              |                                     |   |

**Zonen**



Wertung 1 Datum:

Wertung 2 Datum:

Name Eintragen: