

APOTHEKEN DR. HENLE

WIR SIND FÜR SIE DA!

Fragebogen für Ihre persönliche Vitaminberatung

Name _____
Alter _____ Geschlecht _____ Gewicht _____ Körpergröße _____

1. Essen Sie regelmäßig? Ja Nein
2. Frühstücken Sie? Ja Nein
3. Wie oft ist eine warme Mahlzeit am Tag dabei?
 weniger als 1 mal 1 mal mehr als 1 mal
4. Wie sieht Ihr Frühstück aus? (mehrfach Auswahl möglich)
 Brot mit süßem Aufstrich Frühstücksflocken gesüßt Müsli Obst
 Käsebrot Sonstiges _____
5. Wie oft essen Sie Obst pro Tag?
 weniger als 1 mal 1- 3 mal mehr als 3 mal
6. Wie oft essen Sie Gemüse pro Tag?
 weniger als 1 mal 1 - 3 mal mehr als 3 mal
7. Wie oft essen Sie in der Woche Fisch?
 weniger als 1 mal 1-3 mal mehr als 3 mal
8. Welche Art von Fisch wird gegessen?
 Lachs Seelachs Rotbarsch Hering Makrele
9. Wie häufig pro Woche essen Sie Hülsenfrüchte, wie z. B. Bohnen, Erbsen, Linsen...?
 weniger als 1 mal 1-3 mal mehr als 3 mal
10. Wie häufig in der Woche essen Sie Nüsse und Samen?
 weniger als 1mal 1-3 mal mehr als 3 mal

11. Essen Sie häufig Fast Food?
 nein, so gut wie nie hin und wieder schon ja, mindestens 1 mal pro Woche
12. Wie oft essen Sie Süßigkeiten pro Tag?
 gar nicht sehr wenig, eine Kleinigkeit nach dem Essen 2-3 mal am Tag
 mehr als 3 mal
13. Was essen Sie in der Schule / im Kindergarten / bei der Arbeit?
 Brot mit süßem Aufstrich Obst Käsebrot Wurstbrot
 Sonstiges _____
14. Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie pro Tag zu sich?
 weniger als 1Liter 1-2 Liter mehr als 2 Liter
15. Trinken Sie viele süße Getränke? (Limonade, Cola, Saft...)
 nein, ich trinke hauptsächlich Wasser hin und wieder schon ja, fast ausschließlich
16. Wie oft pro Woche haben Sie Stuhlgang?
 mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche weniger als 1mal pro Woche
17. Leiden Sie an Durchfällen?
 mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche weniger als 1mal pro Woche
18. Wie oft haben Sie Blähungen?
 nie selten oft
19. Haben Sie hin und wieder das Gefühl stark aufgedunsen zu sein?
 mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche weniger als 1mal pro Woche
20. Haben Sie manchmal den Eindruck, dass Ihre Verdauung stockt oder zu langsam ist?
 mehrmals täglich täglich mehrmals pro Woche weniger als 1mal pro Woche
21. Werden Sie schnell/häufig krank?
 nein, so gut wie nie 1-2 mal im Jahr mehrmals im Jahr
22. Leiden sie häufiger an Hautreizungen, allergischen Ekzemen und/oder Neurodermitis?
 weniger als 1mal im Monat ca. 1mal im Monat mehr als 1mal im Monat
23. Leiden sie häufig an Kopfschmerzen und Migräne?
 weniger als 1 mal im Monat 1 mal im Monat 2-3 mal im Monat
24. Bewegen Sie sich regelmäßig an der frischen Luft?
 ja, ich bin sehr viel draußen ich gehe sehr wenig raus

25. Machen Sie viel Sport?

- ja, regelmäßig, auch im Verein ja, aber nicht immer konsequent
 nein, Sport mache ich nur wenig

26. Wie oft pro Woche nehmen Sie an Aktivitäten teil (Instrument spielen, Sport...)?

- 1-3 mal mehr als 3 mal

27. Fühlen Sie sich im Alltag oft gestresst oder überfordert?

- Ja häufig selten nie

28. Haben Sie Allergien?

29. Nehmen Sie Medikamente?

30. Haben Sie Grunderkrankungen?
