

4. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig

Markieren Sie nur ein Oval.

Männlich

Weiblich

Divers

5. Wie oft verzehren Sie tierische Produkte wie Milch- & Milchprodukte, Fleisch (Rindfleisch, Hühnerfleisch, Fisch etc.) oder Eier?

Markieren Sie nur ein Oval.

a) (fast) täglich

b) mehrmals in der Woche

c) 2-3 Mal im Monat oder seltener

d) nie

6. Wie oft verzehren Sie Mandeln, Cashewkerne, Nüsse (z.B. Walnüsse), Samen (z.B. Leinsamen, Chia-Samen, Kürbiskerne), Hülsenfrüchte (Linsen, Kichererbsen, Bohnen, etc.) und Vollkorngetreide?

Markieren Sie nur ein Oval.

a) (fast) täglich

b) mehrmals in der Woche

c) 2-3 Mal im Monat oder seltener

d) nie

7. Wie oft verzehren Sie grünes Blattgemüse wie Petersilie, Rucola, Spinat?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) (fast) jeden Tag
- b) mehrmals in der Woche
- c) einmal in der Woche
- d) nie

8. „Ich fühle mich fit und energievoll“- Inwiefern trifft diese Aussage auf Sie zu?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) trifft ganz zu
- b) trifft teilweise zu
- c) trifft gar nicht zu

9. Leiden Sie unter Dauerstress?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja, ich stehe viel unter Druck und Hektik im Alltag. Mein Alltag ist sehr stressig und habe für mich wenig bzw. gar keine Zeit.
- b) Es ist unterschiedlich. Es gibt Zeiten, wo ich viel Stress habe. Aber diese Phasen dauern nicht lange.
- c) Nein, ich kann mit Alltagsstress gut umgehen.

10. „Ich fühle mich unruhig/gereizt und unkonzentriert und/oder bin vergesslich“- Inwiefern trifft diese Aussage auf Sie zu?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) trifft ganz zu
- b) trifft teilweise zu
- c) trifft gar nicht zu

11. Wie oft leiden Sie an Kopfschmerzen/Migräne und/oder Nackenschmerzen?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) sehr oft
- b) gelegentlich
- c) selten
- d) nie

12. Leiden Sie an Depressionen/Stimmungsschwankungen und/oder fühlen Sie sich ängstlich?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja
- b) Nein

13. „Ich leide an Schlafstörungen, ich kann nicht einschlafen bzw. wache in der Nacht sehr oft auf! - Inwiefern trifft diese Aussage auf Sie zu?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) trifft ganz zu
- b) trifft teilweise zu
- c) trifft gar nicht zu

14. Wie oft leiden Sie an einer Infektion/Erkältung?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ich bin sehr oft erkältet. Ich habe ein geschwächtes Immunsystem.
- b) Ich bin 2-3 Mal im Jahr erkältet.
- c) Ich bin nie erkältet.

15. Bekommen Sie öfters Fieberblasen, Aphthen im Mund (Bläschen)?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja, sehr oft.
- b) Ab und zu schon.
- c) nie

16. Leiden Sie an Muskelkrämpfen/Muskelschmerzen in Beinen und Händen und/oder Muskelzucken?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja
- b) Nein

17. Treiben Sie Sport?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ich trainiere fast jeden Tag.
- b) Ich mache regelmäßig Sport- 2-3 Mal in der Woche.
- c) Ich mache gelegentlich Sport- so 1 Mal in der Woche oder 2-3 Mal im Monat.
- d) Ich mache keinen Sport und bin körperlich nicht aktiv.

18. Leiden Sie an Haarausfall und/oder brüchigen Fingernägeln bzw. haben Sie weiße Flecken auf den Fingernägeln?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja
- b) Nein

19. Wie oft essen Sie Obst und Gemüse?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Täglich.
- b) Da es manchmal schnell gehen muss, verzehre ich Obst und Gemüse nicht jeden Tag.
- c) Selten. Ich esse eher Fleischgerichte und/oder Fast Food.

20. Rauchen Sie?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja
- b) Nein

21. Trinken Sie Alkohol?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) ja regelmäßig
- b) gelegentlich- ab und zu!
- c) nie

22. Trinken Sie viel Kaffee oder kohlensäurehaltige Getränke?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) ja, jeden Tag- sogar mehrmals am Tag
- b) ab und zu- 2-3 Mal in der Woche, nur wenn ich Lust darauf bekomme.
- c) nie

23. Nehmen Sie Medikamente wie Protonen-Pumpen-Inhibitoren (PPI- „Magenschutz“), Diuretika, Kortikosteroide („Kortison“), Antidiabetika (Metformin), Antazida, Antiepileptika (Phenytoin, Phenobarbital), Antidepressiva oder die Pille ein?

Markieren Sie nur ein Oval.

 a) Ja b) Nein

24. Nehmen Sie Medikamente wie (...) ein?
Wenn ja, welche?
-

25. Leiden Sie an chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Zöliakie, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und/oder an Gastritis?

Markieren Sie nur ein Oval.

 a) Ja b) Nein

26. Leiden Sie an Insulinresistenz oder an Diabetes Typ 2?

Markieren Sie nur ein Oval.

 a) Ja b) Nein

27. Haben Sie einen erhöhten Blutdruck (Hypertonie)?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja, ich habe meistens einen erhöhten Blutdruck.
- b) Nein, mein Blutdruck ist im Normbereich.
- c) Mein Blutdruck ist eher niedrig.

28. Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung wie z.B. Hashimoto-Thyreoiditis, Rheumatoide Arthritis (RA), Psoriasis oder an Neurodermitis?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja
- b) Nein

29. Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? -> Wenn ja, welche?

30. Wie oft leiden Sie an Völlegefühl oder Blähungen und/oder Durchfall?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) (fast) jeden Tag- nach jeder Mahlzeit
- b) manchmal, wenn ich nur bestimmte Lebensmittel verzehre
- c) nie

31. Wie oft leiden Sie an Völlegefühl oder Blähungen und/oder Durchfall? Wenn ja, bei welchen Lebensmitteln?

32. „Meine Wunden heilen sehr schlecht ab“- Trifft diese Aussage auf Sie zu?

Markieren Sie nur ein Oval.

a) Ja

b) Nein

33. „Ich habe eine blasse Haut, fühle mich schwach, mir ist oft schwindelig (Anämie) und öfters ist mir kalt (v.a. kalte Füße und Hände)“- Trifft diese Aussage auf Sie zu?

Markieren Sie nur ein Oval.

a) Ja

b) Nein

34. Spüren Sie ein Kribbeln/Taubheitsgefühl in Beinen und Händen?

Markieren Sie nur ein Oval.

a) Ja

b) Nein

35. Leiden Sie an einer Allergie und/oder Asthma?

Markieren Sie nur ein Oval.

a) Ja

b) Nein

36. Leiden Sie am prämenstruellen Syndrom oder haben Sie eine starke und/oder langdauernde Regelblutung bzw. unregelmäßigen Zyklus?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja
- b) Nein
- c) Nur starke und/oder langdauernde Regelblutung
- d) Nur unregelmäßiger Zyklus

37. Besteht bei Ihnen eine Nahrungsmittelintoleranz?

Markieren Sie nur ein Oval.

- a) Ja
- b) Nein

38. Besteht bei Ihnen eine Nahrungsmittelintoleranz? Wenn ja, welche Nahrungsmittel?

Dieser Inhalt wurde nicht von Google erstellt und wird von Google auch nicht unterstützt.

Google Formulare