

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 Fingernägel 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