



Welche sportlichen Aktivitäten üben Sie regelmäßig aus?

---

#### Zufriedenheit/Stress

Stehen Sie im Beruf unter andauerndem Stress?

- ☐ praktisch immer
- ☐ häufig
- ☐ gelegentlich
- ☐ selten

Sind Sie beruflich und privat zufrieden?

- ☐ sehr häufig
- ☐ häufig
- ☐ weniger häufig
- ☐ selten

#### Risikofaktoren/Erkrankungen

Sind Sie gegen Inhaltsstoffe/Lebensmittel allergisch?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie Unverträglichkeiten?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Sind Sie Diabetiker?

- ☐ ja
- ☐ nein

Rauchen Sie?

- ☐ ja
- ☐ nein

Konsumieren Sie Alkohol?

- ☐ nie
- ☐ 1-2 x/W.

☐ 3-4x/W.

☐ 5-6x/W.

☐ täglich

Fühlen Sie sich nach dem Schlaf ausgeruht?

☐ nie

☐ selten

☐ häufig

☐ immer

Wie ist Ihr Blutdruck?

☐ niedrig

☐ normal

☐ hoch

☐ weiß ich nicht

Sonstige Erkrankungen/Beschwerden?

---

Gibt es bekannte Krankheiten in der Familie?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

☐ 2-3x/W.

☐ 4-6x/W.

☐ 1x/T.

☐ 2-3x/T.

☐ mehr als 3x/T.

Beschreiben Sie die Konsistenz Ihres Stuhlgangs: \_\_\_\_\_

---

### Nahrungsergänzungsstoffe/Medikamente

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsstoffe wie z.B. Vitamin- oder Mineralstofftabletten zu sich?

☐ja

☐nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?

☐ja

☐nein

wenn ja, welche

wie häufig?

---

---

---

### Ernährung

Welchen Stellenwert hat bei Ihnen die Ernährung?

☐sehr wichtig

☐wichtig, aber nicht oberste  
Priorität

☐nicht ganz so wichtig

☐unwichtig

Wie viele Mahlzeiten essen Sie normalerweise am Tag?

☐1-2 Mahlzeiten

☐2-3 Mahlzeiten

☐3-4 Mahlzeiten

☐5 und mehr Mahlzeiten

☐ganz unterschiedlich

Wie würden Sie Ihr Essverhalten beschreiben?

☐ eher regelmäßig

☐ eher unregelmäßig

Haben Sie schon einmal Diäten durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wie oft?

☐ 1-3 mal

☐ 4-6 mal

☐ mehr als 6

Was sonst noch zu sagen ist: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Angaben.