

Fragebogen

Vorname, Name: _____

Adresse: _____

Email: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Teil 1: Energiestatus und Schlaf

a) Energie im Tagesablauf

	topfit				erschlagen
Energie beim Aufwachen	1	2	3	4	5
	alles fällt leicht				mühsam
Energie am Morgen	1	2	3	4	5
Energie am Mittag	1	2	3	4	5
Energie am Nachmittag	1	2	3	4	5
	positiv müde				völlig fertig
Energie am Abend	1	2	3	4	5

b) Schlaf

Wie schätzen Sie Ihre Schlafqualität ein? sehr gut sehr schlecht

1 2 3 4 5

Durchschnittliche Schlafdauer pro Nacht: _____ Stunden

Um wie viel Uhr gehen Sie normalerweise zu Bett?

- 20-21 Uhr 21-22 Uhr 22-23 Uhr 23-24 Uhr nach 24 Uhr

Schwitzen Sie nachts? _____

In welcher Position schlafen Sie hauptsächlich? _____

Auf welcher Matratze schlafen Sie?

- Weiche Matratze Wasserbett
- Mittelharte Matratze Gesundheitsmatratze (nachgebend)
- Harte Matratze Winkel- und höhenverstellbare Matratze
- Latexmatratze Hartschaum-/Kunststoff-Matratze

Fragebogen

Haben Sie Ihren Schlafplatz auf Elektrosmog untersuchen lassen? Ja Nein

Wenn ja: Elektrosmog abgestellt Belastung weiterhin vorhanden

Teil 2: Allgemeiner Gesundheitsstatus

Kommen Sie aus Präventionsgründen oder haben Sie bereits Probleme?

Prävention Probleme bereits vorhanden

Haben Sie öfter oder regelmäßig Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Werden die Schmerzen durch Bewegung besser oder schlechter? (Bitte genau antworten)

Knirschen Sie mit den Zähnen? Ja Nein

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie oft haben Sie Stuhlgang? täglich jeden 2. Tag weniger

Wenn täglich, wie oft am Tag? _____

Bitte beschreiben Sie das bei Ihnen bestehende gesundheitliche, energetische oder mentale Problem, dass Sie am meisten einschränkt oder belastet.

Gesundheitliches Problem:

Energetische Probleme:

Mentales Problem:



Fragebogen

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Nehmen Sie ACE-Hemmer? Ja Nein

Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Sommer?

Haben oder hatten Sie Amalgam- oder Palladium Zahnfüllungen? Wann entfernt?

Sind Ihre Zähne auf Zahnherde untersucht? (nicht älter als 3 Monate)

Welche Impfungen haben Sie erhalten?

Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?

Ist Ihr Arbeits-, Wohn-, und Schlafplatz geopathisch und auf Elektrosmog untersucht?

Ist in der Nähe Ihres Arbeits-/Wohnplatzes ein Funkturm installiert? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Entfernung? _____

Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht?

Welche Behandlung haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Genau bitte!

An was ist Ihr Vater erkrankt?

An was ist Ihre Mutter erkrankt?

An was ist Ihre Oma mütterlicherseits erkrankt?



Fragebogen

An was ist Ihre Oma väterlicherseits erkrankt?

An was ist Ihr Opa mütterlicherseits erkrankt?

An was ist Ihr Opa väterlicherseits erkrankt?

An was ist Ihr Bruder erkrankt?

An was ist Ihre Schwester erkrankt?

Teil 3: Ernährung

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wie hoch ist der Anteil der kalt gepressten Öle an den von Ihnen verzehrten Ölen?

_____ % kalt gepresste Öle

Wie hoch ist der Anteil Ihrer Ernährung aus kontrolliert Biologischem Anbau?

_____ % kontrolliert biologisch

Wie viel und was genau trinken Sie täglich?

Wie oft und wie viel Zucker konsumieren Sie in der Woche?

Wie oft und wie viel Milchprodukte konsumieren Sie in der Woche?

Wie oft und wie viel Schweinefleisch-/Wurst konsumieren Sie in der Woche?

Wie oft und wie viel Weißmehlprodukte konsumieren Sie in der Woche?

Fragebogen

Wie oft und wie viele Eier konsumieren Sie in der Woche?

Wie oft und wie viele Nüsse konsumieren Sie in der Woche?

Wie oft und wie viel Süßigkeiten konsumieren Sie in der Woche?

Wie oft und wie viel Kuchen konsumieren Sie in der Woche?

Wie oft und wie viel Alkohol konsumieren Sie in der Woche?

Auf welche Lebensmittel könnten Sie schwer verzichten?

Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- Ja Nein

Welche Form der Ernährung trifft auf Sie zu?

- Alles-Esser Ovo-Lacto-Vegetarier (Milch, Eier)
 Lacto-Vegetarier (Milch) Veganer (kein Fleisch, alles roh)
 Rohköstler (auch Fleisch aber alles roh) Fruitaner (nur Früchte)

Wann Frühstücken Sie?

- vor 6 Uhr 6-8 Uhr 8-10 Uhr 10-12 Uhr nach 12 Uhr gar nicht

Wann essen Sie zu Mittag?

- vor 12 Uhr 12-14 Uhr nach 14 Uhr gar nicht

Wann nehmen Sie nachmittags eine Zwischenmahlzeit ein („Kaffeetrinken“)

- vor 15 Uhr 15-17 Uhr nach 17 Uhr gar nicht

Wann essen Sie zu Abend?

- vor 17 Uhr 17-19 Uhr 19-21 Uhr nach 21 Uhr gar nicht

Essen Sie zusätzlich zu den genannten Mahlzeiten noch etwas zwischendurch?

- Ja Nein

Essen Sie immer regelmäßig oder unregelmäßig?

- immer regelmäßig teils teils immer unregelmäßig

Fragebogen

Wann trinken Sie etwas?

- vor dem Essen während dem Essen nach dem Essen

Teil 4: Bewegungsprofil

Welche Bewegungen üben Sie in Ihrem Beruf aus? Bitte geben Sie an, wie viele Stunden Sie durchschnittlich pro Tag die aufgeführten Bewegungen ausüben.

		Stunden pro Tag
<input type="radio"/> Sitzende Tätigkeit	Am Schreibtisch	
	Im Auto	
	Auf motorisiertem Zweirad	
	Auf dem Fahrrad	
<input type="radio"/> Stehende Tätigkeit	Am Fließband	
	Nur Stehen	
<input type="radio"/> Laufende Tätigkeit	Mit heben leichter Lasten	
	Ohne Tragebelastung	
	Mit leichter Tragebelastung	
	Mit schwerer Tragebelastung	

Wie viele Tage in der Woche arbeiten Sie? _____ Tage pro Woche

Wie lautet Ihre Berufsbezeichnung? _____

Welche Sportarten üben Sie aus? (Seit wie viel Jahren, wie oft in der Woche?)

Welche Bewegungen üben Sie bei Ihren Hobbys (außer Sport) aus? Bitte geben Sie an, wie viele Stunden Sie durchschnittlich pro Woche die aufgeführten Bewegungen ausüben.

		Stunden pro Tag
<input type="radio"/> Sitzende Tätigkeit	Am Schreibtisch	
	Im Auto	
	Auf motorisiertem Zweirad	
	Auf dem Fahrrad	
<input type="radio"/> Stehende Tätigkeit	Am Fließband	
	Nur Stehen	
<input type="radio"/> Laufende Tätigkeit	Mit heben leichter Lasten	
	Ohne Tragebelastung	
	Mit leichter Tragebelastung	
	Mit schwerer Tragebelastung	

Fragebogen

Tragen Sie Schuhe mit erhöhten Absätzen? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Stunden durchschnittlich am Tag? _____ Stunden pro Tag

Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen? Ja Nein

Teil 5: Weitere persönliche Angaben

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Gewicht: _____ kg

Größe _____ cm

Wo leben Sie?

Stadt / Land:

Großstadt

Kleinstadt

Land

Bezirk:

Wohnbezirk

Industriebezirk

Innenstadt

Wie würden Sie Ihre durchschnittliche Lebenszufriedenheit in den letzten Monaten einschätzen?

1 2 3 4 5

sehr glücklich

sehr unglücklich

