

Fragebogen

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Teil 1: Energiestatus und Schlaf**

**a) Energie im Tagesablauf**

	topfit				erschlagen
<b>Energie beim Aufwachen</b>	1	2	3	4	5
	alles fällt leicht				mühsam
<b>Energie am Morgen</b>	1	2	3	4	5
<b>Energie am Mittag</b>	1	2	3	4	5
<b>Energie am Nachmittag</b>	1	2	3	4	5
	positiv müde				völlig fertig
<b>Energie am Abend</b>	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	
	Mit heben leichter Lasten	
<input type="radio"/> Laufende Tätigkeit	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	
	Mit heben leichter Lasten	
<input type="radio"/> Laufende Tätigkeit	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

