

Basisanalyse zur ersten Abschätzung Ihres Mikronährstoffbedarfs

Mit der Beantwortung dieser Fragen kann eine erste Abschätzung Ihres Mikronährstoffbedarfs gemacht werden.

Es können darüber schon Empfehlungen zu den Nährstoffen (Vitalstoffen) gegeben werden auf die Sie besonders achten sollten.

Sollten Sie Ihre Versorgung bis ins Detail optimieren wollen (wie es für Spitzenleistungen z.B. unserer Elitesportler notwendig ist) können wir empfehlen Ihre Ernährungspläne noch tieferreichender zu analysieren.

Die Betrachtung Ihrer Belastungsprofile, Stoffwechselspezifitäten, Ihrer Vorlieben und Unverträglichkeiten, Ihrer Verdauungs- und Immunparameter, aber auch diverser Faktoren des Alltags (z.B. Umweltbelastungen) erlaubt dann eine gezieltere Beratung. Ein ausführliches Ernährungsprotokoll und die Bestimmung von Biomarkern im Blut sowie Ihrer Verdauungsprozesse diene dann zu dieser erweiterten Analyse.

Frau Mann Alter _____ Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg
Körperbau athletisch muskulös _____ weniger Muskulös _____
Taille-Hüft-Verhältnis (**Bauchumfang** _____ **cm** **Hüftumfang** _____ **cm**)

Welche Arbeit (Beruf) üben Sie aus? (bei zutreffend Kästchen ankreuzen)

- überwiegend sitzende / leichte Tätigkeiten (z.B. Büroarbeit; Feinmechaniker, etc.)
- überwiegend sitzende Tätigkeiten, zwischendurch körperliche Tätigkeiten (Laborant, Arzt, Studenten, etc.)
- überwiegend stehende oder gehende Tätigkeiten (Hausarbeit, Verkäufer, Kellner, leichtes Handwerk)
- körperlich anstrengende Tätigkeiten (Landwirtschaft, Bauarbeiten, Berufs-Sportler, etc.)
- Sind Sie Schwanger?
- Stillen Sie aktuell Ihr Baby voll (bis 4. Monat)?
- Stillen Sie aktuell Ihr Baby voll (nach 4.Monat)?
- Stillen Sie Ihr Baby aktuell gelegentlich – partiell (nach 4.Monat)?

- Haben Sie ein Säugling (0-1. Lebensjahr)?
- Haben Sie mehrere Kleinkinder?
- Sitzen Sie an 5 oder mehr Tagen der Woche mehr als 6 Stunden vor einem Monitor?
- Sitzen Sie an 5 oder mehr Tagen der Woche mindestens 4- 5 Stunden vor einem Monitor?
- Sitzen Sie maximal an 5 Tagen der Woche maximal 3 Stunden vor einem Monitor?
- Sitzen Sie mehr als 2 Tagen der Woche mehr als 4 Stunden im Auto am Tag?
- Müssen Sie durchschnittlich 4-5mal die Woche mehr als 45 Minuten durch starken Straßenverkehr fahren?
- Müssen Sie durchschnittlich mindestens 4-5mal die Woche mindestens 30-45 Minuten durch starken Straßenverkehr fahren?
- Müssen Sie durchschnittlich mindestens 3-4mal die Woche maximal 30 Minuten durch starken Straßenverkehr fahren?
- Hören Sie von Ihrer Wohnung den Straßenverkehr laut (am Tag und bis um 22 Uhr oder länger)?
- Hören Sie von Ihrer Wohnung den Straßenverkehr laut (am Tag und bis max. 20 Uhr oder länger)?
- Hören Sie von Ihrer Wohnung den Straßenverkehr laut (am Tag – nicht am Abend)?
- Hören Sie von Ihrer Wohnung den Straßenverkehr moderat (am Tag und bis um 22 Uhr oder länger)?
- Hören Sie von Ihrer Wohnung den Straßenverkehr moderat (am Tag u. nicht am Abend)?
- Müssen Sie im Monat mehr als 4mal fliegen?
 - Kurzstrecke (1-2 Stunden) Mittelstrecke (2-4 Stunden) Langstrecke (mehr als 6 Stunden)
- Müssen Sie im Monat maximal 4mal fliegen?
 - Kurzstrecke (1-2 Stunden) Mittelstrecke (2-4 Stunden) Langstrecke (mehr als 6 Stunden)
- Fliegen Sie maximal einmal im Monat?
 - Kurzstrecke (1-2 Stunden) Mittelstrecke (2-4 Stunden) Langstrecke (mehr als 6 Stunden)

- Fliegen Sie maximal 4mal im Jahr?
 - Mittelstrecke (2-4 Stunden) Langstrecke (mehr als 6 Stunden)
- Müssen Sie mehr als 2mal die Woche mehr als 10 Stunden am Tag arbeiten?
- Müssen Sie mindestens 2mal im Monat nachts arbeiten?
- Müssen Sie mindestens 2mal in der Woche nachts arbeiten?
- Müssen Sie mindestens 2mal in der Woche an 6 Tagen arbeiten?
- Müssen Sie an Arbeitstagen früher als 7 Uhr morgens aufstehen?
- Haben Sie weniger als 5 Tage die Woche weniger als 7 Stunden Schlaf in der Nacht?
- Haben Sie weniger als 3 Tage die Woche weniger als 7 Stunden Schlaf in der Nacht?
- Wie oft haben Sie Zeitnot in der Woche?
 - an 5 oder mehr Tagen circa an 3-4 Tagen circa an 1-2 Tagen
- Wie oft haben Sie mindestens circa 30 Minuten Zeit für jeweils das **Frühstück und das Mittagessen** (im Lebensalltag nicht im Urlaub!)?
 - an 5 oder mehr Tagen circa an 3-4 Tagen circa an 1-2 Tagen weniger Tagen
- Wie oft haben Sie mindestens circa **30 Minuten am Tag Zeit** für einen **ruhigen Spaziergang** (im Lebensalltag nicht im Urlaub!)?
 - an 5 oder mehr Tagen circa an 3-4 Tagen circa an 1-2 Tagen weniger Tagen
- Wie oft haben Sie mindestens circa **30 Minuten am Tag Zeit für Sport** (im Lebensalltag nicht im Urlaub!)?
 - an 5 oder mehr Tagen circa an 3-4 Tagen circa an 1-2 Tagen weniger Tagen
- Wie oft haben Sie mindestens circa **60 Minuten am Tag Zeit** für eine entspannende Tätigkeit wie z.B. in Ruhe Musik hören, Meditieren, im Garten liegen, etc. (im Lebensalltag nicht im Urlaub!)?
 - an 5 oder mehr Tagen circa an 3-4 Tagen circa an 1-2 Tagen weniger Tagen
- Wie oft sind Sie im Jahr Krank?
 - öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener

- Wie oft haben Sie Kopfschmerzen innerhalb von 6 Monaten?
- öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener
- Wie oft haben Sie irgendwelche Schmerzen innerhalb von 6 Monaten?
- öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener
- Wie oft haben Sie Verdauungsprobleme innerhalb von 6 Monaten?
- öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener
- Wie oft haben Sie Sodbrennen innerhalb von 6 Monaten?
- öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener
- Wie oft haben in Ruhe Ohrgeräusche (Töne, Summen, Brummen) innerhalb von 6 Monaten?
- öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener
- Wie oft haben Sie Erschöpfungsgefühle innerhalb eines Jahres?
- öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener
- Wie oft haben Sie während des Tages stärkere Müdigkeit innerhalb eines Monats?
- öfters als 8mal circa 5-6mal circa 3-4mal circa 1-2mal seltener

Im Folgenden noch ein Ernährungs- und Anamnesefragebogen in kurzer Form

Mit einem exakten Ernährungsprotokoll über mindestens eine Woche, können wir Ihnen Ihre Versorgungssituation viel besser analysieren, aber mit diesem Fragebogen und Bewertungssystem kann Ihnen bereits hier in der Praxis eine orientierende Beurteilung und Beratung durchgeführt werden, die einen sehr wichtigen Beitrag für Ihre Gesundheitsvorsorge und Leistungssteigerung liefert.

Der Begriff **öfters** ist nur zum Teil mit genauen Angaben definiert (z.B. wie oft pro Woche). Wo es nicht genauer definiert ist, trifft die Aussage „öfters“ zu, **wenn es etwa mindestens jeden zweiten bis dritten Tag vorkommt.**

Bevor Sie die Fragen unten mit ja oder nein beantworten geben Sie bitte zunächst ein paar allgemeine Dinge an, mittels derer wir auch Ihren Stoffwechsel (Metabolismus) besser einschätzen werden können.

	ja	nein	Punkte
Frühstücken Sie täglich?	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Ist das Frühstück Ihre größte Mahlzeit des Tages?	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie Ihre Hauptmahlzeit oft am Abend?	minus 3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Summe: _____			
Essen täglich mindestens 5 Portionen (eine Portion = eine Hand voll) verschiedenes Gemüse und Obst?	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie 9 und mehr Portionen verschiedenes Gemüse und Obst?	8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie wenigstens 3 Portionen Gemüse und Obst täglich?	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie wenigstens 2 Portionen Gemüse und Obst täglich?	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie öfters weniger als 2 Portionen Gemüse und Obst täglich?	minus 8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Ist dieses Obst und Gemüse guter Qualität? (vollreif geerntet und hatte es kurze Transportwege)?	4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie täglich Rohkostgemüse (Salate)? (Blattsalate, Krautsorten, Wurzelgemüse und Tomaten, etc.)	6 <input type="checkbox"/>	minus 6 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie öfters Krautgewächse auch gekocht (Sauer- Rotkraut, etc.)?	4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie Trockenobst als Zwischenmahlzeiten?	4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie öfters Sprossen und frische Kräuter?	6 <input type="checkbox"/>	minus 3 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie mindestens dreimal in der Woche Hülsenfrüchte (Bohnen, Linsen, Erbsen, Kichererbsen, Sojabohnen-Produkte)?	6 <input type="checkbox"/>	minus 4 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie öfters Zwiebel oder Knoblauch?	6 <input type="checkbox"/>	minus 2 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie öfters Broccoli, Kohl- od. Lauchgewächse?	8 <input type="checkbox"/>	minus 3 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie öfters vollreife Tomaten (Tomatensaucen –nicht Ketchup)?	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Essen Sie öfters Kürbis oder Karotten?	4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
Summe: _____			

ja nein

6 minus 2

Essen Sie öfters Beeren?

Essen Sie öfters enzymreiches Obst wie Papaya od. Ananas?

6 0

Essen Sie öfters Zitrusfrüchte?

3 0

Essen Sie öfters Melonen?

3 0

Essen Sie öfters andere reife Südfrüchte?

3 0

welche?.....

Trinken Sie öfters Gemüsesäfte? -gekaufte

4 minus 2

Selbst gepresste? Welche ?

8 0

Trinken Sie öfters Obstsaft? – gekaufte

2 0

Selbst gepresste? Welche ?

3 0

Summe: _____

Essen Sie öfters Vollkornbrote?

4 0

~ aus Sauerteiggehrung?

7 0

Essen Sie öfters unerhitzte Kornprodukte
(Müsli aus dem vollen Korn, z.B. Hafer)?

8 minus 4

Essen Sie öfters Pasta (Nudelprodukte)?

ja nein
3 0

Essen Sie öfters Nüsse?

4 minus 1

Essen Sie öfters Weißmehlprodukte (Brötchen, Toastbrot, etc.) ?

4 0

Summe: _____

Essen Sie öfters Sauermilchprodukte (Joghurt natur ungesüßt; etc.)?

6 minus 2

Joghurt gesüßt mit Zusätzen welche?.....

2 0

Verwenden Sie überwiegend fettreduzierte Milchprodukte?

6 minus 2

Essen Sie täglich Fleisch?

minus 3 0

Essen Sie nur 3 bis 4mal Fleisch pro Woche?

3 0

Essen Sie nicht mehr als 120g Fleisch täglich?

3 0

Essen Sie **eher** mageres helles Fleisch?
(Pute u. Hähnchen ohne Haut) wenn nicht klar > offen lassen

4 minus 8

Essen sie öfters dunkles mit Fett durchsetztes Fleisch?

minus 8 0

Essen Sie öfters Wurstaufschnitt und Streichwurst?

minus 8 2

Essen Sie mindestens **zweimal** pro Woche Meeresfisch?

6 minus 3

Essen Sie mindestens **einmal** pro Woche Seefisch?

4 minus 4

(omega-3-fettsäure reiche Fische: Lachs, Sardinen, Hering Makrele)

Summe: _____

	ja	nein
Essen Sie öfters Käse?	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Eher Magerstufen (Frischkäse)	3 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Eher höhere Fettstufen (Schmelz- u. Hartkäse)	0 <input type="checkbox"/>	minus 6 <input type="checkbox"/>
Essen Sie mehr als 4 Eier in der Woche?	minus 6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Essen Sie mehr als 50g Gebäck täglich (Kekse, Kuchen, etc.)? Mehr als 5 Plätzchen, mehr als ein ½ Stück Kuchen täglich	minus 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Essen Sie öfters Torten und ähnliche Konditorware?	minus 6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Essen Sie öfters Schokoladenprodukte?	minus 6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Hat Ihre Schokolade öfters einen Kakaoanteil (dunkle Schokolade) von mindestens 70%?	7 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Verwenden Sie öfters Butter?	minus 6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Verwenden Sie öfters Margarine?	minus 2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Verwenden Sie Erdnußbutter oder andere ähnliche Streichfette? Cashewbutter, etc.	2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Verwenden Sie öfters kaltgepresstes Olivenöl oder Rapsöl?	4 <input type="checkbox"/>	minus 2 <input type="checkbox"/>
	Summe: _____	
	ja	nein
Essen Sie öfters Instantsuppen od. andere Instantprodukte?	minus 6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Essen Sie öfters (mehr als 1mal/Woche) Fertiggerichte, Schnellgerichte (Pizza, Burger, fertige Komplettmahlzeiten)? (Tiefgefrorene leichte Schnellkost ohne Zusätze nicht mit zählen - z.B. Frosta)	minus 8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Summe: _____	
Süßen Sie Ihre Getränke mit Zucker?	minus 6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Trinken sie täglich mehr als vier Tassen Kaffee?	minus 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich Grünen- od. Kräutertees?	6 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Trinken Sie öfters Limonaden?	minus 8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Trinken sie täglich mehr als ein bis zwei Glas Rotwein, oder mehr als ein ½ Liter Bier? Oder andere Spirituosen	minus 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich Mineralwasser, Stilles Wasser oder Tee (ungesüßt)?	4 <input type="checkbox"/>	minus 4 <input type="checkbox"/>
Trinken Sie davon mehr als 1 Liter?	4 <input type="checkbox"/>	minus 3 <input type="checkbox"/>
... mehr als 1,5 Liter?	4 <input type="checkbox"/>	minus 2 <input type="checkbox"/>
... mehr als 2 Liter?	8 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Summe: _____	



Wenn Ihnen wichtige Besonderheiten bei Ihrer Ernährung auffallen, die hier noch nicht abgefragt wurden, tragen Sie diese bitte hier ein:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wir wünschen Ihnen beste Erfolge bei Ihrer Optimierung Ihrer Vitalität und Leistungssteigerung sowie Gesundheitsvorsorge
Ihre Berater und Coaches des Institutes für
Prävention und Gesundheitsförderung

