

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 Obstsäfte? – 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



Ernährungsfragebogen Stoffwechsel-Konstitution (Metabolischer Typus)

Sie sind	Alter	Athletischer Typ	Asthenischer Typ	Größe (cm) und Gewicht (kg)
Eine Frau (Mädchen)				
Ein Mann (Junge)				
FRAGEN	Kategorie A		Kategorie B	Kategorie C
Typus / Konstitution		Nachtmensch (gerne lange wach Spätaufsteher)	Tagmensch (gerne früh ins Bett und Frühaufsteher)	Keine Vorliebe
Typus / Konstitution		Habe eher Warme (schwitzige) Füße	Habe eher Kalte Füße	Weder noch
Typus / Konstitution		Habe weher arme (schwitzige) Hände	Habe eher kalte Hände	Weder noch
Typus / Konstitution		Bekommen leicht Hitzewallungen	Bekomme leicht Frösteln	Weder noch
Typus / Konstitution		Liebe eher die warme Temperatur (Sommer)	Liebe eher die kühlere Temperatur (Herbst/ Winter)	Keine besondere Vorliebe
Typus / Konstitution		Ich werde schnell unruhig (habe viel Lampenfieber und dabei oft erhöhter Puls; feuchte Hände)	Ich bin eher gelassen und ruhig	Nicht besonders oder Mal so mal so
Typus / Konstitution		Sie sind eher, nicht so gesprächig, schüchtern, zurückhaltend	Sie sind eher gesellig, extrovertiert, gesprächig, zugänglich, etc.	ausgewogen
Typus / Konstitution		Ärgern Sie sich leicht	Sie ärgern sich nur schwer	ausgewogen
Typus / Konstitution		Sie sind eher ungeduldiger Mensch Sie sind momentan öfters ungeduldig	Sie sind meist sehr geduldig Sie sind momentan öfters geduldig	Sie sind ausgewogen mal geduldig mal ungeduldig
Typus / Konstitution		Sie interessieren sich für immer Neues, viel Verschiedenes	Sie haben Interessen und bestimmten Vorlieben u. beschränken sich darauf	unterschiedlich je nach Bereich
Typus / Konstitution		Haben eher Rückenproblematiken	haben eher Bauchproblematiken	Weder noch
Typus / Konstitution		Neige zu Bluthochdruck	Habe niedrigen Blutdruck	Weder noch Weiß nicht
Typus / Konstitution		Neige zu Stirn- oder Hinterkopf-Kopfschmerz	Neige zu Scheitel-Kopfschmerzen oder Migräne	Weder noch
Typus / Konstitution		Neige zu innerer Unruhe (Rastlosigkeit)	Neige zu Müdigkeit oder Antriebslosigkeit	Weder noch

FRAGEN	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C	
Typus / Konstitution	Sie fühlen sich bei fehlender Bewegung unruhig (lieben z.B. Sport)	Sie fühlen sich bei zu viel Bewegung unwohl (Sport ist Ihnen keine Freude)	Weder noch	
Typus / Konstitution	Neigen zu Muskelverhärtungen, -Verspannungen oder -Krämpfen	Neigen zu Muskelschwäche	Weder noch	
Typus / Konstitution	Neigen zu Knieschmerzen	Neigen zu Rückenschmerzen	Weder noch	
Typus / Konstitution	Neigen zu Achillessehnen-Schmerzen	Sie neigen zu Kniescheibenproblemen (Luxation) od. „schwachen“ Gelenken	Weder noch	
Typus / Konstitution	Haben eher steife Sehnen und Gelenke	Haben flexible Sehnen und Gelenke	Weder noch	
Typus / Konstitution	Ihr Mund ist oft eher trocken	Sie haben sehr selten einen trockenen Mund	Ganz normal	Kann nicht beurteilen
Typus / Konstitution	Sie haben eher trockene Augen	Sie haben eher feuchte, tränende Augen	Weder noch; mal so mal so	
Typus / Konstitution	Haut i.d.R. gut	Haut juckt häufig	Hautfettigkeit ist durchschnittlich	
	Haut früher fett heute eher trocken	eher fettige Haut		
Was mögen Sie mehr	süß	salzig	Keine Vorliebe	
Was mögen Sie mehr	Wasser	Kaffee	Mag ich gleich viel	Weder noch
Vorliebe für	Herbe Getränke (Bier, Tee od. Kaffee ohne Zucker etc.)	Süße Getränke (Limonaden, Tee od. Kaffee mit Zucker)	Mag ich gleich viel	Weder noch
Vorliebe für	eher kalte Getränke	eher warme Getränke	Keine Vorliebe	
Lieblingessen	Leichteres wie Salat, Vegetarisches, Huhn, süßen Nachtisch	Herzfteres wie Rind, Schwein, Kartoffeln, zum Nachtisch Käse	Von allem etwas	
Vorliebe zum Frühstück	Eher Süßes	Eher Herzhaftes (salzig, würzig)	Von allem etwas Mal so mal so	
Vorliebe zu Mittag	Eher Süßes	Eher Herzhaftes (salzig, würzig)	Von allem etwas Mal so mal so	
Vorliebe zwischendurch	Eher Süßes	Eher Herzhaftes (salzig, würzig)	Von allem etwas Mal so mal so	
Vorliebe zum Abend	Eher Süßes	Eher Herzhaftes (salzig, würzig)	Von allem etwas Mal so mal so	
Grundhaltung zum Essen Ihre Nahrung wird bestimmt	oft durch Gesundheitsaspekte	hauptsächlich durch Ihren Geschmack	Mal so mal so – keine deutliche Präferenz	
		die Gesundheitsaspekte sind dabei zweitrangig	Ihr Geschmack und Gesundheitsaspekte passen gut zusammen	
Ihr Appetit ist beim Frühstück	eher groß	eher gering selten groß	mal größer, mal kleiner	
Ihr Appetit ist beim Mittagessen	eher gering	groß oder sogar sehr groß	mal größer, mal kleiner	
Ihr Appetit ist beim Abendessen	eher gering	groß oder sogar sehr groß	mal größer, mal kleiner	

FRAGEN	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C
Längere Nüchternphasen (größer 6 Stunden) oder Auslassen von Mahlzeiten	machen Ihnen nichts aus	Sie müssen regelmäßig oder oft essen	Mit 3 Mahlzeiten am Tag kommen Sie am besten aus
Länger als 4 Stunden ohne Energiezufuhr - ohne stärkere körperliche Aktivität	machen Ihnen nichts aus	Sie werden zittrig, reizbar oder lustlos	Ist ganz normal und wird gut vertragen
Wie reagieren Sie auf rotes, dunkles Fleisch (z.B. Rind, Lamm, Wild, etc.)	Es verringert Ihre Energie und Ihr Wohlbefinden	Es steigert Ihre Energie und Ihr Wohlbefinden	Sie reagieren nicht besonders auf dunkles, Fleisch (rotes Fleisch)
	Es erschwert meine Verdauung (harter Stuhlgang und/oder Blähungen)	Es verbessert meine Verdauung (guter Stuhlgang)	
Fette Nahrungsmittel wie <u>fette Soßen, fettes Fleisch, fette Wurst, Butter, etc.</u>	dagegen haben Sie eine Aversion	Mögen Sie ab und zu gerne	Dafür haben Sie keine Vorliebe
	mögen Sie nicht	Mögen Sie besonders und Sie verwenden sie oft	
Fette Nahrungsmittel wie <u>Torten oder sahniges Eis, Schokoladencreme, Nougat, etc.</u>	dagegen haben Sie eine Aversion	Mögen Sie ab und zu gerne	Dafür haben Sie keine Vorliebe
	mögen Sie nicht	Mögen Sie besonders und Sie verwenden sie oft	
Beobachten Sie bitte Ihre Reaktionen auf fettreiches Essen! Wie sind diese?	Meist verringert es Ihre Energie und/oder Ihr Wohlbefinden	Meist steigert es Ihre Energie und/oder Ihr Wohlbefinden	Sie können keine besonderen bzw. keine eindeutigen Reaktionen feststellen
Wie sind Ihre Vorlieben beim Nachtisch?	Sie mögen Süßes	Sie möchten lieber Fettreiches oder Salziges	Sie mögen sowohl Süßes als auch Würziges
	Sie mögen meistens etwas Süßes nach dem Essen	Sie haben nach dem Essen lieber Gesalzenes – Deftiges – Würziges - Saures (z.B. Käse od. ähnliches)	
Wie viele Mahlzeiten haben Sie meistens pro Tag?	Sie kommen meist gut mit 2 Mahlzeiten aus; haben selten zwischendurch noch etwas Kleines	Sie haben in der Regel 3 Mahlzeiten, zwischendurch oft noch etwas Kleines	Es variiert und ist unabhängig von meiner körperlichen Aktivität
	Nur wenn Sie viel Bewegung haben (körperliche Arbeit oder Sport) essen Sie häufiger am Tag	Sie haben öfters mehr als 3 Malzeiten am Tag, auch wenn Sie keinen Sport oder körperliche Arbeit haben.	
Größe der Mahlzeiten	Sie mögen lieber kleine Mahlzeiten besonders, wenn Sie körperlich inaktiv sind	Sie mögen lieber große Mahlzeiten oder möchten oft essen	mal so mal durchschnittlich
Was beobachten Sie, wenn Sie vor dem Zubettgehen essen? (weniger als 2 -3 Stunden vorher)	Sie schlafen dann meist schlechter	Sie schlafen dann meist besser	Macht nicht viel-schlechter nur wenn schweres Essen gegessen wurde
Wann essen Sie am Abend? (Zeitpunkt des Beendens der Mahlzeit!)	meist vor 18 Uhr	Meist nach 19 Uhr	Mal so mal so
	Öfters auch vor 17 Uhr und danach nichts mehr	Öfters auch nach 20 Uhr oder später	selten nach 20 Uhr, wenn kein Sport oder harte Arbeit stattfand

FRAGEN	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C
Wie sind Ihre Hungergefühle?	Sie haben selten Hungergefühl	Ihr Hungergefühl ist stark oder häufig vorhanden	nur, wenn sich die Mahlzeiten zu sehr verzögern
Gedanken ans Essen	Sie denken nicht oft ans Essen, vergessen es manchmal	Sie denken oft ans Essen, essen oft, obwohl Sie nicht hungrig sind	weder noch
Geistige Leistungsfähigkeit im Alltag (ohne zusätzlich Sport oder bei schwerer körperlicher Arbeit)	Sie müssen zum Fitsein nicht oft essen	Sie müssen zum Fitsein oft essen	Mal so mal so Ist von der Anzahl der Mahlzeiten unabhängig
Körperliche Leistungsfähigkeit (im Alltag mit Sport oder bei schwerer körperlicher Arbeit)	Sie müssen zum Fitsein oft kohlenhydratreich (Getreideprodukte, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte) essen	Sie müssen zum Fitsein nicht so oft essen (meist Eiweißreiche Produkte (Milch, Käse, Fleisch, Fisch, Hülsenfrüchte))	Mal so mal so Ist von der Anzahl der Mahlzeiten unabhängig
Als Vorspeise mögen Sie lieber?	Salat statt einer cremigen Suppe	eine cremige Suppe statt eines Salats	Sie mögen beides gleich gerne Im Winter eher Suppe
Als Frühstück oder Zwischenmahlzeit (Jause) haben Sie lieber?	Müsli, Obst, Brötchen mit Marmelade	Einer, Wurst, Schinken, Käse oder Sojawurst, etc.	Sie mögen Würziges und Süßes gleich gerne
Was konsumieren Sie als Zwischenmahlzeiten?	Meist süßes Gebäck Meist Süßigkeiten (Schokolade, etc.) Meist leichtes wie Obst oder Joghurt, etc.	Würziges, salziges Gebäck, etc. Fetthereiches Eiweißreiches	Keine Vorliebe Nüsse und Samen zwischendurch Sie mögen auch rohes Gemüse zwischendurch
Was vertragen Sie schlechter?	Fettes, schweres Essen dunkles, rotes Fleisch	Obst Gemüse	Sie vertragen fast alles gut Sie vertragen fast alles gut
Intoleranzen und Allergien werden an anderer Stelle abgefragt. Hier geht es um Ihre Energie und Ihr Wohlbefinden	Milchprodukte, besonders fettige ~ Alkohol (im Maßen getrunken)	Zucker, süßen Nachtisch, Süßes allgemein Hülsenfrüchte (Bohnen, Kichererbsen, Soja)	Sie vertragen fast alles gut Sie vertragen fast alles gut
Salziges Essen	Das Essen ist Ihnen oft zu salzig	Sie mögen viel Salz am Essen	eher durchschnittlich Sie müssen so gut wie nie nachsalzen
Reaktionen auf puren Orangensaft (Frage betrifft hier nur das Befinden nicht eine Unverträglichkeit od. Allergie).	Gibt Ihnen Energie, reicht mir für einige Zeit aus	Steigert Ihren Hunger, macht Sie nervös, zittrig oder verursacht Übelkeit	keine besonders bemerkbare Wirkung
Wie reagieren Sie auf Süßes (wie Bonbons, Zucker, Kuchen)?	Vertragen Sie gut - keine negativen Reaktionen. - sie stillen Ihren Appetit	Vertragen Sie nicht gut. – sie steigern nur kurz die Energie - wecken Verlangen nach mehr	Sie haben keine negative Wirkung, die Ihnen besonders auffallen würde

FRAGEN	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C
Im Vergleich zu früher mögen Sie nicht mehr	dunkles, rotes Fleisch	Obst und Süßigkeiten,	Kein Unterschied zu früher
	fettes oder schweres Essen	Gemüse und Salate	
Was mögen Sie hiervon lieber?	Obstkuchen, Sandkuchen oder Plätzchen	Sahnekuchen oder Buttercremetorte	Sie mögen beides gleich gerne Sie mögen weder noch
Mögen Sie saure Nahrungsmittel?	kein Verlangen – mögen Sie nicht	Mögen Sie gerne	mag ich manchmal
Sie nehmen an Gewicht zu vor allem durch	viel Eiweiß (wie Fleisch, Quark)	Süßes (Kuchen, Zucker) od. Alkohol	Ich kann es nicht beurteilen von allem, wenn ich mich zu wenig bewege
	Fettes wie Wurst, Käse, Sahne	Eis, Pudding, Milchreis,	
Wenn Sie zum Frühstück viel Eiweiß essen (z.B. Eier, Soja, Quark, Fleisch)	Werden Sie bis mittags müde, träge, oder sehr durstig	Fühlen Sie sich gut, voller Energie, haben eine gute Ausdauer	geht's gut, solange Sie nicht zu viel Eiweiß gegessen haben
Wenn Sie rein vegetarisch essen >> Vollkorn, Obst, Gemüse, Kartoffeln Hülsenfrüchte und Reis	Sind Sie längere Zeit satt	macht es Sie nicht lange satt	ist es zunächst befriedigend, hält nur nicht sehr lange an
Wenn Sie rein vegetarisch essen >> nur Obst und Gemüse	Sind Sie längere Zeit satt	macht es Sie nicht lange satt	ist es zunächst befriedigend, hält nur nicht sehr lange an
Wenn Sie rein vegetarisch essen >> nur Vollkorn und Gemüse	Sind Sie längere Zeit satt	macht es Sie nicht lange satt	ist es zunächst befriedigend, hält nur nicht sehr lange an
Wenn Sie rein vegetarisch essen >> nur Gemüse und Vollkorn + Hülsenfrüchte	Sind Sie längere Zeit satt	macht es Sie nicht lange satt	ist es zunächst befriedigend, hält nur nicht sehr lange an
Wenn Sie rein vegetarisch essen >> Obst, Gemüse, Reis und Kartoffeln	Sind Sie längere Zeit satt	macht es Sie nicht lange satt	ist es zunächst befriedigend, hält nur nicht sehr lange an
Reis	Mögen Sie besonders gerne	Mögen Sie nicht sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Kartoffeln	Mögen Sie besonders gerne	Mögen Sie nicht sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Sie mögen lieber	Reis statt Kartoffeln	Kartoffeln statt Reis	beides gleich gerne
Hülsenfrüchte	Mögen Sie gerne	Mögen Sie nicht sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Vollkornprodukte	Mögen Sie gerne	Mögen Sie nicht sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Gemüse	Mögen Sie besonders gerne	Mögen Sie nicht sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Obst	Mögen Sie besonders gerne	Mögen Sie nicht sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Fisch	Mögen Sie gerne	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
	Mögen Sie nicht		
Rind- Fleisch	Mögen Sie gerne	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
	Mögen Sie nicht		
Geflügel Fleisch	Mögen Sie gerne	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
	Mögen Sie nicht		
Schweine-Fleisch	Mögen Sie gerne	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
	Mögen Sie nicht		

FRAGEN	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C
Wenn Sie zum Mittagessen viel Eiweiß essen (z.B. Fisch, Fleisch, Soja u.a. Hülsenfrüchte)	Werden Sie nach dem Essen müde, schläfrig - haben nachmittags keine Energie	Fühlen Sie sich gut, voller Energie, Ausdauer, sind satt bis zum Abendessen	geht es Ihnen gut, solange Sie nicht zu viel Eiweiß essen
Wenn Sie zum Abendessen viele Kohlenhydrate essen (z.B. Yoghurt/Brot, Kartoffel, Äpfel, Nachtisch)	Fühlen Sie sich gut, voller Energie, Ausdauer, sind satt bis zum Schlafen	Werden Sie später abends wieder hungrig Haben nachts mehr Blähungen	geht es Ihnen gut, solange Sie nicht zu viel davon essen
Bei wenig Energie gibt Ihnen Energie	Obst, Gebäck oder Süßes (Schokolade)	Eiweißreiches (wie Fleisch) oder Fettreiches (wie Sahne, etc.)	Praktisch alles, was ich esse
Bei wenig Energie verringert meine Energie	Eiweißreiches (wie Fleisch) oder Fettreiches (wie Sahne, etc.)	Obst, Gebäck, Pasta oder Süßes. Es steigert bestenfalls Ihre Energie kurz	Nichts. Alles, was Sie essen, steigert Ihre Energie
Verlangen nach Zwischenmahlzeiten	Sie brauchen selten oder nie eine Zwischenmahlzeit	Sie essen gerne zwischen den Hauptmahlzeiten	Von Tag zu Tag unterschiedlich
Milch	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	trinken Sie, es muss aber nicht sein
Käse	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Frisch-Käse /Hütten-Käse	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Joghurt – Natur (ohne Zusätze)	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Joghurt – mit Zusätzen salzig	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Joghurt – mit Zusätzen süß	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Andere Milchprodukte (Quark, Buttermilch, etc.)	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	essen Sie, es muss aber nicht sein
Obstsäfte (natur)	Mögen Sie sehr	Mögen Sie Mögen Sie nicht	trinken Sie, es muss aber nicht sein
Gemüsesäfte (natur) Karotten-Tomatensaft, etc.	Mögen Sie sehr	Mögen Sie Mögen Sie nicht	trinken Sie, es muss aber nicht sein
Milchgetränke	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	trinken Sie, es muss aber nicht sein
Tee	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	trinken Sie, es muss aber nicht sein
Kaffee	Mögen Sie gerne Mögen Sie nicht	Mögen Sie sehr	trinken Sie, es muss aber nicht sein
Ihre Verdauung ist eher	schwach. Oft Aufstoßen, Blähungen, - müssen aufpassen, was Sie essen	gut, stark. Keine Verdauungsprobleme, - können praktisch alles essen	durchschnittlich. Haben nur wenige Probleme, können das meiste ohne weiteres essen
Summe gesamt	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3



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

