

Dr. Annette Pitzer, Ruhwiesenstraße 16a, 35690 Dillenburg
Tel. Nr. :02771-833434; E-Mail: annette.pitzer@gmx.de

Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Mikronährstoffbedarfs

Deine Daten

Name	Vorname	
Straße	Hausnummer	
PLZ	Ort	Länderkürzel
Telefon Nr.	E-Mail	
Geburtsdatum		
Geschlecht		
Größe		
Gewicht		
Bauchumfang		
Datum	Unterschrift	

Fragebogen

Aktivität

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?

- ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (z. B. alte oder gebrechliche Menschen).
- ausschliesslich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z. B. Büroangestellte, Feinmechaniker).
- sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z. B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fließbandarbeiter).
- überwiegend gehende und stehende Arbeit (z. B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).
- körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z. B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler).

Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und/oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit (länger als 30 Minuten)?

- gar nicht 1–3 Mal 4 mal oder öfter

Ernährungsgewohnheiten

Wie oft konsumieren Sie Fleisch?

nie selten regelmässig täglich täglich viel sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Fisch?

nie selten regelmässig täglich täglich viel sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Eier?

nie selten regelmässig täglich täglich viel sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?

nie selten regelmässig täglich täglich viel sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Obst, Salate oder Gemüse?

nie selten regelmässig täglich täglich viel sehr viel

Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

weniger als 1 Liter 1–2 Liter 2–3 Liter mehr als 3 Liter

Konsumieren Sie Alkohol? (1 Glas Wein = 0.2 Liter, 1 Glas Bier = 0.5 Liter)

nie selten ein Glas täglich 2–3 Gläser täglich mehr als 3 Gläser täglich

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

nein weniger als 10 Zigaretten täglich 1 Packung täglich
 mehr als 1 Packung täglich mehr als 2 Packungen täglich

Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

nein ja

Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?

nein Gluten Milch, Milchprodukte Früchte allgemein Zitrusfrüchte
 Blütenpollen, Heuschnupfen usw. Meeresfrüchte, Schalentiere
 Iod Kupfer Histamin Ätherische Öle

Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?

nie selten öfters (fast) immer

Leiden Sie unter Durchfall?

nie selten öfters (fast) immer

Haben Sie wiederkehrende Reizungen der Magenwand und/oder Magengeschwüre?

nein ja

Leiden Sie unter wiederkehrendem Sodbrennen?

nein ja

Wurde eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?

nein ja

Könnte eine Stärkung Ihres Immunsystems negative Folgen haben? (Transplantationen, Einnahme von Immunsuppressiva usw.)

nein ja

Ist eine der folgenden Erkrankungen für Sie zutreffend?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration, altersbedingt |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer, Demenz | <input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankungen (Rheuma, ...) | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss) | <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungskrankheiten | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz oder sonstige Nierenerkrankung, chronisch oder akut) |
| <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung (Hyperlipoproteinämie) | <input type="checkbox"/> Gastritis (chronische Helicobacter-pylori Infektion, Magenschleimhautentzündung) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Paradontitis |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Herpes (simplex: Lippenherpes, Zoster: Gürtelrose) | <input type="checkbox"/> Parkinson Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektile Dysfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS – Chronic Fatigue Syndrome) | <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa (Reizdarm)) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion, Hyperthyreose) |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität (Lern- und Konzentrationsstörungen, ADS, Hyperkinetisches Syndrom) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (akut, in Behandlung) | <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche) |
| | | <input type="checkbox"/> Zöliakie |

Weitere Diagnosen:

Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:

- Lipidsenker (Cholesterinsenker)
- Antidiabetika bzw. Insulin (Blutzucker senkende Mittel)
- Antihypertonika (Blutdruck senkende Mittel)
- Diuretika (Mittel zur Wasserausscheidung)
- Blutverdünner
- Hormone
- Antiadiposita (Mittel zur Gewichtsreduktion)
- Gichtmittel
- Antidepressiva
- Parkinsonmittel
- Medikamente gegen Magenbeschwerden (Säureblocker-PPI)

Ich nehme regelmässig andere, hier nicht aufgeführte Medikamente:

Mikronährstoffpräparate:

Sonstige Medikamente:

Musste bei Ihnen jemals die Dosierung eines Medikamentes oder Nahrungsergänzungsmittels reduziert werden, da Sie zu stark darauf reagiert haben?

nein ja

Für Frauen

Haben Sie Menstruationsbeschwerden? nein ja

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden? nein ja

Haben Sie Libido-Probleme? nein ja

Zyklustag

01. bis 10. Tag 11. bis 17. Tag 18. bis 28. Tag

Kein Zyklus

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kind | <input type="checkbox"/> wegen Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> keine Gebärmutter | <input type="checkbox"/> wegen Stillzeit |
| <input type="checkbox"/> wegen Hormontherapie (Pille, Minipille,
Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.) | <input type="checkbox"/> wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause) |
| | <input type="checkbox"/> wegen Postmenopause (Senium) |

Körperliche Verfassung

Können Sie gut schlafen?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie ruhig und gelassen?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie guter Laune?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie voller Energie?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Fühlen Sie sich gestresst?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie entmutigt und traurig?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie