Datum: ………………………………..

by Tamara Burkhardt

079 674 74 38

**Fragebogen Stoffwechselanalyse**

**Kundendaten**

Name: Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort: Blutgruppe:

Telefon: E-Mail:

Geb.Dat.: Geschlecht: [ ]  weiblich [ ]  männlich

Grösse: cm Gewicht: kg

Bauchumfang: …………………. cm (unbekleidet, morgens vor dem Frühstück, knapp oberhalb des Bauchnabels, an der dicksten Stelle des Bauches, Bauchmuskeln entspannen, ausatmen, aber nicht Bauch einziehen, auf volle Zentimeter aufrunden)

**Zielsetzung**

[ ]  Körperfettabbau

[ ]  Muskelaufbau

[ ]  Leistungssteigerung

[ ]  Verbesserung Wohlbefinden

[ ]  Genesungsunterstützung (Krankheit?)

Notizen: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**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 oder sonstige anstrengende Tätigkeiten (länger als 30 Min.)?**

[ ]  gar nicht [ ]  1-3 Mal [ ]  4 Mal oder öfter

**Wie würden Sie die Intensität Ihres Trainings/Ihrer Tätigkeit bewerten?**

[ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  streng [ ]  sehr intensiv

Notizen: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Ernährungsgewohnheiten**

**Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?**

[ ]  einmal [ ]  zweimal [ ]  dreimal [ ]  mehr als dreimal

**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 [ ]  1 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 [ ]  Milchprodukte [ ]  Früchte allg. [ ]  Zitrusfrüchte

 [ ]  Blütenpollen, Heuschnupfen [ ]  Meeresfrüchte, Schalentiere

 [ ]  Iod [ ]  Kupfer [ ]  Histamin [ ]  Ätherische Öle

**Ernährungs-Mustertag(e)**

Bitte notieren Sie hier einen oder mehrere Mustertage, sofern es stark variiert. Bitte so genau wie möglich Beschreiben, sodass ich mir ein Bild davon machen kann, wie Sie sich ernähren.

|  |
| --- |
| Frühstück:Znüni:Mittagessen:Zvieri:Nachtessen:Getränke:Süsses zwischendurch: |

**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 bei Ihnen 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?**

[ ]  Akne [ ]  Diabetes Typ 1 [ ]  Makula-Degeneration

[ ]  Alzheimer, Demenz [ ]  Entzündliche Erkrankungen (Rheuma, …) [ ]  Migräne

[ ]  Arteriosklerose [ ]  Epilepsie [ ]  Multiple Sklerose (MS)

[ ]  Arthrose (Gelenkverschleiss) [ ]  Häufige Erkältungskrankheiten [ ]  Neurodermitis

[ ]  (Bronchial-) Asthma [ ]  Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) [ ]  Nierenerkrankung

[ ]  Blutfett-Stoffwechselstörung [ ]  Gastritis (chron. Helicobacter-pylori [ ]  Osteoporose

 (Hyperlipoproteinämie) Infektion, Magenschleimhautentzündung) [ ]  Paradontitis

[ ]  Bluthochdruck \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Haarausfall, brüchige Nägel [ ]  Parkinson

[ ]  Bronchitis [ ]  Herpes Simplex: Lippenherpes [ ]  Potenzprobleme

[ ]  Burnout-Syndrom Zoster : Gürtelrose [ ]  Psoriasis

[ ]  Chronisches Müdigkeitssyndrom [ ]  Zustand nach Herzinfarkt [ ]  Schilddrüsenerkrankung

 CFS-Chronic Fatigue Syndrom [ ]  Herzschwäche (Überfunktion)

[ ]  Darmerkrankungen (Morbus Crohn, [ ]  Herzrhythmusstörungen [ ]  Schilddrüsenerkrankung

 Colitis Ulcerosa (Reizdarm)) [ ]  Hyperaktivität (Lern- und Konzentrations- (Unterfunktion)

[ ]  Depression störungen, ADS, Hyperkinetisches Syndrom [ ]  Tinnitus (Ohrengeräusche)

[ ]  Diabetes Typ 1 [ ]  Krebserkrankung (akut, in Behandlung [ ]  Zöliakie

**Weitere Angaben:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**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)

**Nehmen Sie regelmässig andere, oben nicht aufgeführte Medikamente ein?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Nehmen Sie Mikronährstoffpräparate (Nahrungsergänzungsmittel, Supplemente) ein?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Musste bei Ihnen jemals die Dosierung eines Medikamentes oder eines 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 Libidoprobleme?**

[ ]  nein [ ]  ja

**Zyklustag**

[ ]  1. bis 10. Tag [ ]  11. bis 17. Tag [ ]  18. Bis 28. Tag

**Kein Zyklus**

[ ]  Kind [ ]  wegen Schwangerschaft

[ ]  keine Gebärmutter [ ]  wegen Stillzeit

[ ]  wegen Hormontherapie (Pille, Minipille [ ]  wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause)

 Vaginalring, Hormonpflaster, etc. [ ]  wegen Schwangerschaft

**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) nie [ ]  selten [ ]  manchmal [ ]  häufig [ ]  (fast) immer

**Sind Sie entmutigt oder traurig?**

[ ]  (fast) nie [ ]  selten [ ]  manchmal [ ]  häufig [ ]  (fast) immer

**Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?**

[ ]  (fast) nie [ ]  selten [ ]  manchmal [ ]  häufig [ ]  (fast) immer

**Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?**

[ ]  (fast) nie [ ]  selten [ ]  manchmal [ ]  häufig [ ]  (fast) immer

**Werden Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert?**

[ ]  (fast) nie [ ]  selten [ ]  manchmal [x]  häufig [ ]  (fast) immer

**Erwartungen**

**Was erwarten Sie von dieser Beratung?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Wie hoch ist ihre Motivation?** 0 = keine, 10 = voll motiviert

[ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ] 5 [ ]  6 [ ]  7 [ ]  8 [ ]  9 [ ]  10

**Wieviel Einsatz sind Sie bereit zu erbringen?** 0 = kein Einsatz, 10 = vollen Einsatz

[ ]  0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ] 5 [ ]  6 [ ]  7 [ ]  8 [ ]  9 [ ]  10

**Gibt es Ihrerseits noch etwas zu sagen?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**🡺** Liebe(r) Klient(in). Ich werde mein Möglichstes tun Sie zu unterstützen. Bitte machen Sie sich aber bewusst, dass es keine Wunderpille gibt, die alle (Figur/Gesundheits)-Probleme einfach so auf die Schnelle löst. Ich bin darauf angewiesen, dass Sie mit mir zusammenarbeiten und wir uns laufend austauschen wie es Ihnen geht, wie es läuft und was allenfalls nicht läuft, damit wir Anpassungen vornehmen können.

 Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit und hoffe, dass ich Sie beim Erreichen Ihrer Ziele unterstützen kann.

 Tamara Burkhardt