

Fragebogen Mikronährstoffberatung



Angaben zum Patienten:

Name:	
Alter:	
Geschlecht:	
Körpergröße:	
Gewicht_	

Welche Beschwerden, Fragen oder Probleme führen Sie zu uns in die Beratung?

Welche Medikamente müssen Sie öfter oder regelmäßig einnehmen und in welcher Dosierung? - *Medikationsplan anhängen, falls vorhanden*

Haben Sie Grunderkrankungen? Welche?

Haben Sie Allergien? Welche?

Waren Sie schon einmal wegen der Schilddrüse beim Arzt?

Ja Nein

Welche Diagnose wurde gestellt? (Laborwerte beifügen, falls vorhanden)

Leiden Sie an Haarausfall?

Ja Nein

Wurde die Knochendichte bestimmt und waren die Werte auffällig?

Wie ist Ihr Blutdruck im Allgemeinen?

Zu hoch:	
Zu niedrig:	

Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel? (LDL, HDL, Gesamtcholesterin, Triglyceride)

Nur für Frauen:

Welche Hormone werden zur Zeit genommen? Seit wann und welche? (Pille, etc.)

Wie ist Ihr Zyklus?

- regelmäßig
- unregelmäßig
- Es gibt folgende Probleme/Unstimmigkeiten: _____

Thema Immunsystem:

Wie empfindlich sind Sie gegenüber Infektionskrankheiten?

- Anfällig Robust

Wie oft waren Sie im vergangenen Jahr krank?

- so gut wie nie 1-2 mal im Jahr mehrmals im Jahr

Wie viele Antibiotika-Behandlungen hatten Sie in der Vergangenheit, vor allem in den letzten fünf Jahren?

Thema Belastung:

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus? _____

Schichtarbeit: Ja Nein

Fühlen Sie sich im Alltag oft gestresst oder überfordert?

Ja häufig selten nie

Wie schätzen Sie Ihre Belastbarkeit ein?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Sehr niedrig

sehr hoch

Leiden sie häufig an Kopfschmerzen und Migräne?

weniger als 1 mal im Monat 1 mal im Monat 2-3 mal im Monat

Machen Sie viel Sport?

- ja, regelmäßig, auch im Verein
 ja, aber nicht immer konsequent
 nein, Sport mache ich nur wenig

Können Sie gut einschlafen und durchschlafen?

Ja Nein

Haben Sie Konzentrationschwierigkeiten?

Ja Nein

Thema Ernährung:

Ernähren Sie sich vegetarisch oder vegan?

Ja Nein

Wie oft essen Sie Obst pro Tag?

weniger als 1 mal 1- 3 mal mehr als 3 mal

Wie oft essen Sie Gemüse pro Tag?

weniger als 1 mal 1 - 3 mal mehr als 3 mal

Wie oft essen Sie in der Woche Fisch?

weniger als 1 mal 1-3 mal mehr als 3 mal

Welche Art von Fisch wird gegessen?

Lachs Seelachs Rotbarsch Hering Makrele andere: _____

Essen Sie häufig Fast Food?

nein, so gut wie nie hin und wieder schon ja, mindestens 1 mal pro Woche

Wie oft essen Sie Süßigkeiten pro Tag?

- gar nicht sehr wenig, eine Kleinigkeit nach dem Essen 2-3 mal am Tag
 mehr als 3 mal

Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie pro Tag zu sich?

- weniger als 1Liter 1-2 Liter mehr als 2 Liter

Essen Sie Fleisch oder Wurst?

- ja, ich esse gern und mehrmals pro Woche Fleisch
 ja hin und wieder schon – nicht öfter als zwei Mal pro Woche
 nein – ich ernähre mich vegetarisch/vegan

Nehmen Sie Milch und Milchprodukte regelmäßig zu sich?

- ja, gern und mehrmals pro Woche
 ja hin und wieder schon – nicht öfter als zwei Mal pro Woche
 nein – ich ernähre mich vegan

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z.B. Histamin, Fructose, Lactose)?

- Ja Nein

Welche: _____

Welche Vitamine ergänzen Sie pro Tag und wie viel jeweils?

Welche Mineralien/Spurenelemente ergänzen Sie pro Tag und wie viel jeweils?

Rauchen Sie?

- Ja Nein

Anzahl der Zigaretten/Tag: _____

Was ich noch sagen wollte:

