

Fragebogen Übersäuerung

Personalien:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Ernährung: Wie oft essen Sie ...

					Stress	Ärger	Medikamente
Gemüse/Salat	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 3-4 x Woche	<input type="checkbox"/> 2 x Woche	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> ja
frisches Obst	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 3-4 x Woche	<input type="checkbox"/> 2 x Woche	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> nein
Wurst	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 3-4 x Woche	<input type="checkbox"/> 2 x Woche	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> viel	<input type="checkbox"/> Pille ja
Fleisch	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 3-4 x Woche	<input type="checkbox"/> 2 x Woche	<input type="checkbox"/> nie			<input type="checkbox"/> Pille nein
Milchprodukte	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 3-4 x Woche	<input type="checkbox"/> 2 x Woche	<input type="checkbox"/> nie			
Fisch	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> 3-4 x Woche	<input type="checkbox"/> 2 x Woche	<input type="checkbox"/> nie			

Genussmittel:

Rauchen Sie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bis 20 Zigaretten tgl.	<input type="checkbox"/> mehr als 20 Zigaretten tgl.	
Kaffee/schw. Tee	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2 Tassen tgl.	<input type="checkbox"/> 3-4 Tassen tgl.	<input type="checkbox"/> mehr als 4 Tassen tgl.
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2 Gläser/Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 Gläser tgl.	<input type="checkbox"/> mehr als 2 Gläser tgl.
Süßigkeiten/Kuchen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1-2 x pro Woche	<input type="checkbox"/> 3-4 x pro Woche	<input type="checkbox"/> täglich

Bewegung:

berufl. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> vorwiegend sitzend	<input type="checkbox"/> relativ viel Bewegung	<input type="checkbox"/> schwere körperl. Arbeit
treiben Sie Sport	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> ca. 30 min/Woche	<input type="checkbox"/> 1-2 Std./Woche
			<input type="checkbox"/> mehr als 2 Std./Woche

Ihr körperliches Befinden:

Allergie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich _____		
Haut	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja, nämlich _____		
Haare	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> dünnes/brüch. Haar	<input type="checkbox"/> trockenes Haar
Nägel	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> brüchige Nägel	<input type="checkbox"/> weiße Flecken	<input type="checkbox"/> Nagelpilz
Zähne	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Karies	<input type="checkbox"/> Parodontose	<input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten
Kopf	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Nackenverspannung
Psyche	<input type="checkbox"/> Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstör.	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Müdigkeit
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Infarkt/Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Angina pectoris
Lunge	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> häufige Infekte
Magen	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Magenschleimhautentz.	<input type="checkbox"/> Sodbrennen
Verdauung	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Blähungen
Stoffwechsel	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> zu hohe Blutfette	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Gicht
Bindegewebe	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Cellulite	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden
Gelenke	<input type="checkbox"/> keine Beschwerden	<input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
fam. Erbanlagen	<input type="checkbox"/> Infarkt/Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Krebsleiden	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Rheuma

Sonstiges _____



Möchten Sie mir noch etwas zu Ihren Befindlichkeiten mitteilen?

Wichtiger Hinweis:

Alle Ihre Angaben dienen ausschließlich zur Entwicklung eines individuellen Lösungsvorschlages und werden von mir absolut vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Weitergabe an unbefugte Dritte.

Ich bitte Sie, mir unverbindlich einen Lösungsvorschlag für mehr Vitalität und Lebensqualität zu unterbreiten.

Datum:

Unterschrift:

Rechtlicher Hinweis:

Die Gesundheitsberatung dient der Verbesserung Ihrer Befindlichkeiten. Es werden weder direkt noch indirekt medizinische Ratschläge und Heilaussagen gegeben. All jenen, die medizinische Beratung, Behandlung und Betreuung benötigen, wird dringend empfohlen, einen Arzt, Heilpraktiker oder Apotheker aufzusuchen.

Ich wünsche Ihnen gute Gesundheit!



Bärbel Beckhoff