

Gesundheits – Fragebogen

Vor – und Zuname: _____

Straße: _____

Ort: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Dieser Gesundheits-Fragebogen dient dem Ziel, Ihre Gesundheit zu erhalten bzw. wieder zu erlangen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Um alles über Sie zu erfahren, müssen wir eine Menge Fragen an Sie richten. Jede dieser Fragen hat eine bestimmte Absicht und Bedeutung für uns. Keine einzige dieser Fragen ist überflüssig. Auch Fragen, von denen Sie denken, dass sie nichts mit Ihren Beschwerden zu tun haben, können von höchster Wichtigkeit sein. Deshalb sollten Sie so ehrlich wie möglich, aber doch spontan, folgende Fragen beantworten.

Cosmoterra-Geschäftspartner:



Bitte sorgfältig ausfüllen:

Erlerner Beruf: _____ Ausgeübter Beruf: _____

Arbeiten Sie überwiegend Stehend Sitzend Wechselnd

Art der derzeitigen Beschwerden: _____

Stichwortartige Beschreibung meiner Beschwerden während der letzten 5 Jahre: _____

In ärztlicher Behandlung seit: _____

Raucher: nein ja Ich rauche tgl.: _____ Zigaretten der Marke _____

Ich nehme folgende Medikamente und/oder Nährstoffpräparate regelmäßig ein:

Präparat	Dosis	seit	Präparat	Dosis	seit

Wie viel Bewegung haben Sie am Tag: < 30 min. 30 – 60 min. 1- 2 Std. 2- 4 Std.

Welchen Sport betreiben Sie: _____

Auf einer Skala von 1 bis 10 bewerte ich meinen momentanen, allgemeinen Gesundheitszustand mit: zutreffendes bitte ankreuzen

1 schlecht	2	3	4	5 mittel	6	7	8	9	10 sehr gut
---------------	---	---	---	-------------	---	---	---	---	----------------

Sonstiges: _____

Wie beurteilen Sie Ihre eigenen Ess- und Trinkgewohnheiten: _____

Nahrungsmittel, die Sie schlecht oder gar nicht vertragen: _____

Ihre 10 am häufigsten verzehrten Lebensmittel und Speisen: _____

Wie oft pro Woche ...	nie	selten	1-2 mal	3-4 mal	öfters
... essen Sie Süßigkeiten (Mehlspeisen, Schokolade, diverse Naschereien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie Weißmehlprodukte (Brot, Semmeln, Nudeln, Feingebäck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie Vollkornprodukte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie Obst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie Salat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie Pflanzenöle? Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie Fertigmahlzeiten (Packerlsuppe, Pizza, fertige Tiefkühlgerichte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie tierisches Eiweiß in Form von Fleisch, Wurst, Schinken, Speck etc.? Welches: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... essen Sie tierisches Eiweiß in Form von Milch, Joghurt, Käse, Topfen, Sauerrahm etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... trinken Sie Limonaden (Cola, Fanta, Eistee etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich decke meinen Flüssigkeitsbedarf vorwiegend durch: _____

_____ Gesamtmenge: _____ l/Tag

Bitte sorgfältig ausfüllen:

Ist/Zeigt die betroffene Person ...

Ja	Nein
----	------

müde und abgespannt?	manchmal / häufig / immer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unbegründet ängstlich?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmungsgefühle?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hyperaktiv?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressive Stimmungslage?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manisch / depressiv?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Leistungsschwäche?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühle an den Extremitäten?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutbildungsstörungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen bei Käse- oder Rotweingenuss?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende Traumerinnerung nach dem Aufwachen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucose-Intoleranz (Diabetes Typ II)?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karpaltunnelsyndrom?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundwinkelrhagaden?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist/Zeigt die betroffene Person ...

Ja	Nein
----	------

Atemwegsbeschwerden?	manchmal / häufig / immer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreckhaftigkeit?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergesslichkeit?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eingeschränkt fähig, sich zu entspannen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetative Dystonie?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trockene Haut?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungewollte Kinderlosigkeit?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachstumsverzögerung?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* zutreffendes bitte unterstreichen

Ist/Zeigt die betroffene Person ...

Ja	Nein
----	------

Bindegewebsschwäche?	manchmal / häufig / immer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
überdurchschnittliche Faltenbildung?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sauer riechenden Schweiß?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz/Kreislauf-Schwäche?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neigung zu geschwollenen Armen/Beinen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Knorpel- und Knochenbildungsstörungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlechte Alkohol-Toleranz?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leberfunktionsstörungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sodbrennen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heißhunger auf Süßes?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhlträgheit?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prämenstruelles Syndrom (PMS)?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krämpfe, Verspannungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
belegte Zunge?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haarausfall?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
brüchige Nägel?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neigung zu Hautunreinheiten?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neigung zu Pilzinfektionen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amalgam-Füllungen? Wie viele? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
entfernte Amalgam-Füllungen? Wie viele? _____ Wann entfernt? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ist/Zeigt die betroffene Person ...

Ja	Nein
----	------

Allergien?	manchmal / häufig / immer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Geruchs-/Geschmacksstörungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
entzündliche Gelenke?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnfleischbluten?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* zutreffendes bitte unterstreichen

Ja	Nein
----	------

Immunschwäche?	manchmal / häufig / immer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überempfindliche Haut?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimhaut-Reizungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pigment-Störungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UV-Sensibilität?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenentzündungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehschwäche?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundheilungsstörungen?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen-Unterfunktion?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiple Chemikalien Sensibilität MCS?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindlichkeit auf Chlor- oder Fischgeruch?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallgeschmack auf der Zunge?	manchmal / häufig / immer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nur für Frauen

Ich habe Kinder:	Geburtsjahr: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Hormonpräparate:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Cellulite:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* zutreffendes bitte unterstreichen

Ernährungsprotokoll

Name	
Adresse	

Datum/ Uhrzeit	HM	ZW	Einnahme Essen	Einnahme Trinken	Befinden nach der Mahlzeit	Zusatz Nährstoff Medikament
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

HM = Hauptmahlzeit
ZM = Zwischenmahlzeit

Blatt Nr.: ____