



Fragebogen Mikronährstoffanalyse I

1. Adresse

Name		Anrede	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Nummer		Beruf	
PLZ, Ort		Geschlecht	w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
Land		Telefon	
E-Mail		Fax	

2. Allgemein

Größe (in cm)	
Gewicht (in kg)	

Aktivität – Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?

- ausschließlich sitzende oder liegende Lebensweise, z.B. *alte, 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*
- körperlich anstrengende berufliche Arbeit, z.B. *Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler*

Wie oft in der Woche machen 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?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich viel	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Fisch?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich viel	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Eier?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich viel	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich viel	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> sehr viel
Wie oft konsumieren Sie Obst, Salate oder Gemüse?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> täglich viel	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> sehr viel
Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?	<input type="checkbox"/> weniger als 1 Liter <input type="checkbox"/> mehr als 3 Liter	<input type="checkbox"/> 1-2 Liter	<input type="checkbox"/> 2-3 Liter
Konsumieren Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> mehr als 3 Gläser täglich	<input type="checkbox"/> 1 Glas täglich <input type="checkbox"/> mehr als 1 Flasche	<input type="checkbox"/> selten
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> mehr als 1 Packung	<input type="checkbox"/> < als 10 Zigaretten <input type="checkbox"/> mehr als 2 Packungen	<input type="checkbox"/> 1 Packung täglich
Wird in Ihrem Umfeld geraucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?	<input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Früchte allgemein <input type="checkbox"/> Blütenpollen / Heuschnupfen / usw.	<input type="checkbox"/> Milch / Milchprodukte <input type="checkbox"/> Zitrusfrüchte	

3. Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> öfters	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Leiden Sie an Durchfall?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> öfters	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Krebstherapie	<input type="checkbox"/> in Behandlung		<input type="checkbox"/> abgeschlossen	

Leiden Sie unter ...

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Herpes (z.B. Zoster) |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Herzschwäche |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (Nachsorge) |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> altersbedingte Makula-Degeneration |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) | <input type="checkbox"/> Paradontitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) | <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektile Dysfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Erkältungskrankheiten | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche) |

4. Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker | <input type="checkbox"/> Gichtmittel |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin | <input type="checkbox"/> Tuberkulosemittel |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika, Blutdruck senkende Mittel | <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel |
| <input type="checkbox"/> Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung | <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmäßig andere, hier nicht aufgeführte
Medikamente oder Drogen |
| <input type="checkbox"/> Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion | |



5. Nur für Frauen

Nehmen Sie ein Gestagen oder Östrogen (<i>Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.</i>)?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Menstruationsbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Libido Probleme?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

6. Körperliche Verfassung

Können Sie gut schlafen?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie guter Laune?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie voller Energie?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Fühlen Sie sich gestresst?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?	<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer

Hinweis auf Datenschutz:

Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Mikronährstoffbedarfs, der computergestützt ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Salin Apotheke
Salinstraße 10
83022 Rosenheim
Tel: 08031 - 3 41 13
Fax: 08031 - 1 54 27
info@salin-apotheke.de
www.salin-apotheke.de

salin
Apotheke am Salinplatz

aesculap
Apotheke im Ärztehaus

Aesculap Apotheke
Salinstraße 11
83022 Rosenheim
Tel: 08031 - 1 89 80
Fax: 08031 - 18 98 19
info@aesculapapo.de
www.aesculapapo.de