

Reichen Sie Ihren Fragebogen zur Auswertung bei uns ein:

Fax: 03222 4165480

Mail: gbr@engert-net.de

Fragebogen zur Nahrungsergänzungsanalyse

Manche Gewohnheiten führen zu Vitaminmangel und so manches Leiden entsteht, weil Vitamine, Mineralstoffe oder Spurenelemente fehlen.

Name:.....

Datum:

Mail:..... Tel.....

Nr.	Frage	Ja	Nein
1	Tränen Ihre Augen häufig ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Haben Sie einen zu hohen Cholesterinspiegel ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Stellen Sie häufig Zahnfleischbluten fest, obwohl Sie keine harte Zahnbürste verwenden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Haben Sie fettiges oder trockenes Haar oder vermehrten Haarausfall ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Verabscheuen Sie Milch oder Milchprodukte ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Leiden Sie unter Akne ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Verhornt Ihre Haut schnell, besonders an Händen und Füßen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Leiden Sie unter chronischer Bronchitis ? Haben Sie häufig Hustenanfälle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Fahren Sie häufig Auto ? Wohnen Sie in der Citylage ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Trinken Sie täglich Alkohol - 1 Glas oder mehr. (Auch Bier ist Alkohol.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Stellen Sie in der letzten Zeit an sich selber sog. "Altersflecken" fest ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Verwenden Sie (Salat-)Öle mit hohem Anteil an ungesättigten Fettsäuren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Essen Sie häufig Blattsalate oder gemischte Salate ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Bekommen Sie schnell blaue Flecken ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Können Sie süßen Sachen selten widerstehen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Haben Sie brüchige Fingernägel, die von trockener, rissiger Haut umrahmt sind ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Haben Sie öfter eingerissene Mundwinkel oder Herpes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Rauchen Sie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Leiden Sie an Erkrankungen der Prostata oder des Unterleibes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Essen Sie täglich Fleisch und Wurst ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Liegt Ihr Flüssigkeitsverzehr unter 3 Liter pro Tag ? (ohne Kaffee / Schwarztee)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Bekommen Sie beim Sonnenbaden öfter einen rötlichen Hautausschlag ? Leiden Sie unter der sog. Sonnenallergie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Haben Sie depressive Verstimmungen, für die Sie keine Ursachen kennen (z. B. Altersdepression) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Verwenden Sie für Ihre Mahlzeiten Tiefkühlkost ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Leiden Sie an Allergien ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Benutzen Sie in Ihrem Haushalt einen Mikrowellenherd ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Sind Sie zur Zeit schwanger oder stillen Sie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Nehmen Sie Medikamente und / oder die "Pille" ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Haben Sie ungewöhnliche Arbeitszeiten oder arbeiten Sie im Schichtdienst ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Treiben Sie regelmäßig Sport (2-3 mal in der Woche) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Stecken Sie sich bei (fast) jeder Grippewelle an ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Haben Sie Probleme mit der Galle / Gallenblase ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Haben Sie im Alter unter 30 Jahren schon die ersten grauen Haare bekommen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Fühlen Sie sich schnell erschöpft ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Haben Sie Krampfadern oder Cellulite ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Ist die Belastung mit Schadstoffen (Schwermetallen, Lösungsmitteln etc.) an Ihrem Arbeitsplatz hoch ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Essen Sie vorwiegend in Kantinen und Restaurants ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38	Leiden Sie unter körperlichem oder seelischem Streß ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Machen Sie oft Schlankheitsdiäten oder -kuren ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Sind Sie anfällig für rheumatische Erkrankungen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Sind Sie das ganze Jahr über sonnengebräunt ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Bekommen Sie schnell einen Muskelkater ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Leisten Sie Mehrarbeit ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Sind Sie als Frau vor Ihrer Menstruation oft labil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Trinken Sie täglich Kaffee oder Schwarztee ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Betreiben Sie Leistungssport ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47	Haben Sie Schwächeanfälle beim Aufstehen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Werden Sie häufig von Müdigkeit und Energiemangel geplagt ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Haben Sie oft kalte Hände und Füße ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Leiden Sie unter Ohrensausen (Tinnitus) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I	Haben Sie 3 Mahlzeiten pro Tag ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II	Ihr täglicher Speiseplan enthält mindestens 600 g Obst und Gemüse (Rohkost) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
III	Sie verzehren den Rohkost in 5 verschiedenen Farben ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV	Essen Sie jeden Tag Vollkornprodukte, wie Brot, Haferflocken, Müsli ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V	Achten Sie auf Ausgewogenheit der Mahlzeiten und essen 3 x pro Woche Fisch ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VI	Sind Ihre Getränke frei von Kohlensäuren ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VII	Ist Ihr Speiseplan frei von Limonade, Cola, Chips oder Süßigkeiten ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auswertung:

Treffer

Multivitamine/ Mineralstoffe:

Wenn Sie bei Frage I - VII zwei oder mehr der Aussagen mit "nein" beantwortet haben, sollten Sie ergänzen.

Antioxidantien

Wenn Sie bei Frage 1 - 50 vier oder mehr Treffer haben, sollten Sie ergänzen.

Vitamin A :

Vitamin C :

Vitamin E :

Selen E :

Weiter Nährstoffe

Wenn Sie bei Frage 1 - 50 vier oder mehr Treffer haben, sollten Sie ergänzen.

Vitamin B :

Ca/Mg :

Eisen :

Omega 3 :

Protein :

**Wasser ist das Transportmittel für Ausscheidung aber auch für Einlagerung.
2,5 Liter, am besten gefiltertes Wasser, ist für unseren Körper notwendig**

mehr trinken

J N

Empfehlung:

Basis: Multivitamin

(Für den Kunden)