

Reichen Sie Ihren Fragebogen zur Auswertung bei uns ein:

Mail: ttena@engert-net.de oder Foto an: 0173 5802654

Fragebogen zur Gesundheit

1	Haben Sie tagsüber öfters „Energienlöcher?“	
2	Fällt es Ihnen manchmal schwer sich über längere Zeit zu konzentrieren?	
3	Leiden Sie ab und zu unter Kopfschmerzen und/oder Migräne?	
4	Sind Sie manchmal grundlos niedergeschlagen?	
5	Sind Sie öfters nervös, gereizt oder unausgeglichen?	
6	Haben Sie Probleme mit Magen oder Darm?	
7	Haben Sie Probleme mit der Verdauung? Blähungen, Verstopfung, Durchfall?	
8	Gibt es Lebensmittel die Sie nicht vertragen?	
9	Neigen Sie zu unreiner oder fahler Haut?	
10	Haben Sie häufig Erkältungen oder Infektionen?	
11	Werden Sie regelmäßig von Allergien wie z.B. Heuschnupfen geplagt?	
12	Leiden Sie an Neurodermitis oder Schuppenflechte?	
13	Essen Sie häufiger Fertignahrung oder Fast Food ?	
14	Rauchen Sie?	
15	Trinken Sie mehr als 1 Liter Kaffee oder schwarzer Tee am Tag?	
16	Essen Sie täglich weniger als 5-8 Portionen frische Obst, Gemüse und Salate?	
17	Halten Sie sich täglich 20 Minuten im Freien, in der Sonne oder im Solarium auf?	
18	Treiben Sie regelmäßig Sport?	
19	Müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen?	
20	Haben Sie Probleme einzuschlafen?	
21	Wachen Sie morgens öfters auf ohne richtig erholt zu sein?	
22	Haben Sie manchmal Wadenkrämpfe?	
23	Leiden Sie unter Gelenkschmerzen?	
24	Haben Sie Probleme mit der Wirbelsäule?	
25	Leiden Sie an Rheuma oder Arthrose?	
26	Hat jemand in Ihrer Verwandtschaft Osteoporose oder sind Sie selbst betroffen?	
27	Fühlen Sie sich häufig gestreßt, mutlos und frustriert?	
28	Könnten Ihre Haut, Ihre Haare und Nägel besser aussehen?	
29	Trinken Sie 3x in der Woche oder öfters Alkohol?	
30	Haben Sie schon eine oder mehrere Diäten hinter sich?	
31	Haben Sie manchmal unkontrollierten Heißhunger?	
32	Haben Sie oft Hunger auf Süß?	
33	Würden Sie gerne abnehmen?	
34	Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen?	
35	Haben Sie Herzprobleme? Herzstechen oder Herzrhythmusstörungen?	
36	Leiden Sie unter zu hohem Blutdruck?	
37	Leiden Sie an Diabetes?	
38	Leiden Sie an entzündlichen Krankheiten?	
39	Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?	
40	Leiden Sie unter Migräne?	
41	Leiden Sie unter dem prämenstruellen Symptom	
42	Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden	
43	Leiden Sie unter Prostataproblemen?	
44	Hat in Ihrer Familie jemand Krebs/ Hautkrebs oder sind Sie selber gefährdet?	

Leiden Sie unter andere Befindlichkeitsstörungen? Wenn Ja unter welchen?