

Fragebogen zur individuellen Beratung

Vorname: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E- mail: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Familienstand: _____

Im Haushalt lebende Kinder: _____

Beruf: _____

Ein kleiner Tropfen mit großer Wirkung



Genau wie der Impulse eines Tropfen, der auf der Wasseroberfläche Bewegung und Dynamik erzeugt, möchte ich dir Impulse geben und dich inspirieren mehr Eigenverantwortung für dich und deinen Körper zu übernehmen. Ich möchte dir helfen einen Prozess der Veränderung in Gang zu setzen. Lass dich darauf ein!

Gesundheit ist die erste Pflicht im Leben
Oskar Wilde

Wodurch sind Sie auf mich Aufmerksam geworden?

Was erhoffen Sie sich von meiner Tätigkeit?

Fragen zu ihrer gesundheitlichen Situation

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie derzeit und seit wann bestehen diese?

- Allergie

- Nahrungsmittelunverträglichkeiten

- Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck

- Hoher Cholesterinwert

- Diabetes

- Hautprobleme

- Kopfschmerzen oder Migräne

- Magenprobleme

- Darmprobleme, Blähungen, Verstopfungen, Durchfall, Sonstiges

- Müdigkeit
-

- Pilzinfektionen: Genitalpilz, Hautpilz, Nagelpilz
-

- Rheuma, Gicht, Arthrose
-

- Rückenprobleme
-

- Schilddrüse: Überfunktion, Unterfunktion
-

- Osteoporose
-

- Infektanfälligkeit
-

- Schlafstörung
-

- Sonstige Beschwerden
-
-
-

Welches ist Ihr Hauptproblem?

Ihre Zahnsituation

- Haben Sie Zahnfleischprobleme?

- Wie viele Amalgamfüllungen haben Sie?

- Wurden bereits Füllungen entfernt? Wenn ja, wann und in welcher Form?

- Wurde eine Ausleitung vorgenommen? Wenn ja, wann und in welcher Form?

- Haben sie wurzelbehandelte Zähne? Wenn ja, wie viele?

Leiden Sie unter Stress, Ängsten, Depressionen? Wenn ja, seit wann?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und seit wann?

Welche Körperpflegeprodukte verwenden Sie?

Nehmen Sie zur Zeit Hormone ein? (Pille, Hormonpflaster, Hormontinktur)

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Waren sie schon mal in naturheilkundlicher Behandlung?
Wenn ja, mit welcher Erkrankung?

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?

Rauchen Sie (Zigarette, Zigarre, Pfeife, E Zigarette? Wenn ja, wieviel täglich?

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart und wie oft pro Woche?

Fragen zur Ernährungsweise

- Haben Sie Ihre Ernährung bereits umgestellt? Wenn ja was haben Sie verändert?

- Ernähren Sie sich vegetarisch, vegan, Paleo o.a.

- Bereiten Sie Ihr Mittagessen selber zu?

- Essen Sie Mittags in der Kantine, Gaststätte, oder anderswo?

- Verwenden Sie eine Mikrowelle?

- Verwenden Sie Süßstoff?

- Verwenden Sie gerne Light-Produkte?

Welche Küchengeräte stehen Ihnen zur Verfügung?

Hochleistungsmixer _____

Küchenmaschine _____

Entsafter _____

Spiralschneider _____

Ihre derzeitige Ernährungsweise

Das Frühstück

Um welche Uhrzeit frühstücken Sie?

Was Frühstücken Sie und in welchen Mengen?

Trinken Sie morgens Bohnenkaffee, Getreidekaffe, Tee oder Säfte?

Und in welcher Menge?

Was essen Sie zwischen Frühstück und Mittagessen?

Das Mittagessen

Um welche Uhrzeit essen Sie zu Mittag?

Was essen Sie mittags und wie oft pro Woche?

Kartoffeln: _____

weißer oder vollwertiger Reis: _____

anderes Getreide: _____

Gemüse: _____

Welches Gemüse mögen Sie gar nicht: _____

Käsegerichte: _____

Eiergerichte: _____

Fleisch: _____

Fisch: _____

Ansonsten: _____

Was essen Sie zwischen dem Mittag und Abendessen?

Das Abendessen

Um welche Uhrzeit essen Sie zu Abend?

- Was essen Sie zu Abend und wie oft in der Woche?

Brot _____

Wurst _____

Käse _____

Salat _____

Milchprodukte _____

Obst _____

Kartoffeln, Nudeln, Reis _____

Fleisch, Fisch, Eier _____

Gemüse _____

Ansonsten _____

- Was essen Sie noch zwischen dem Abendessen und Zubettgehen?
