

Vitalstoff - Fragebogen



Angaben zur Person

Vitalstoff-Messung ja nein

Vor-/Nachname: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Geb.-Datum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Ernährung

Wie oft essen Sie...	täglich	3-4x/Woche	2x/Woche	selten/nie
... Gemüse, Salate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... frisches Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fühlen Sie sich gestresst?

wenig mäßig viel

Haben Sie Ärger?

wenig mäßig viel

Medikamente

nein ja, _____
Pille: nein ja

Genussmittel

Rauchen: bis 10 Zigaretten/Tag mehr als 10 Zigaretten/Tag Nichtraucher
Kaffee: 1-2 Tassen/Tag 3-4 Tassen/Tag selten/nie
Alkohol: 1-2 Gläser/Woche 3-4 Gläser/Woche selten/nie
Süßes/Kuchen: 1-2x/Woche 2-4x/Woche täglich selten/nie

Bewegung

Beruf. Tätigkeit: vorwiegend sitzend in Bewegung schwere, körperliche Arbeit
Sport: selten ca. 30 Min./Woche 1-2 Std./Woche mehr als 2 Std./Woche

Körperliches Beschwerden - zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Akne/Mischhaut |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> brüchige Nägel/-Pilz | <input type="checkbox"/> Karies/Parodontose |
| <input type="checkbox"/> Infekte | <input type="checkbox"/> abgeschlagen/müde | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> Angst/Depression | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe/Reizbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Infektion |
| <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Blähungen |
| <input type="checkbox"/> Cholesterin | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1/2 | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Cellulite | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose/Arthrose | <input type="checkbox"/> Rücken-/Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz | <input type="checkbox"/> Zöliakie/Gluten |

Allergien? Wenn ja welche? _____

Sonstiges? _____

Chiropraxis
Michael Hofmann

Am Lehnstein 22
97337 Dettelbach

Tel.: 09324 4224

E-Mail: chiropraxis-hofmann@t-online.de