

# APOTHEKEN DR. HENLE

WIR SIND FÜR SIE DA!

## Fragebogen für Ihre persönliche Darmberatung

Name \_\_\_\_\_  
Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_

1. Essen Sie regelmäßig?  Ja  Nein
2. Frühstücken Sie?  Ja  Nein
3. Wie oft ist eine warme Mahlzeit am Tag dabei?  
 weniger als 1 mal  1 mal  mehr als 1 mal
4. Wie sieht Ihr Frühstück aus? (mehrfach Auswahl möglich)  
 Brot mit süßem Aufstrich  Frühstücksflocken gesüßt  Müsli  Obst  
 Käsebrot  Sonstiges \_\_\_\_\_
5. Wie oft essen Sie Obst pro Tag?  
 weniger als 1 mal  1- 3 mal  mehr als 3 mal
6. Wie oft essen Sie Gemüse pro Tag?  
 weniger als 1 mal  1 - 3 mal  mehr als 3 mal
7. Wie oft essen Sie in der Woche Fisch?  
 weniger als 1 mal  1-3 mal  mehr als 3 mal
8. Welche Art von Fisch wird gegessen?  
 Lachs  Seelachs  Rotbarsch  Hering  Makrele
9. Wie häufig pro Woche essen Sie Hülsenfrüchte, wie z. B. Bohnen, Erbsen, Linsen...?  
 weniger als 1 mal  1-3 mal  mehr als 3 mal
10. Wie häufig in der Woche essen Sie Nüsse und Samen?  
 weniger als 1mal  1-3 mal  mehr als 3 mal

11. Essen Sie häufig Fast Food?  
 nein, so gut wie nie    hin und wieder schon    ja, mindestens 1 mal pro Woche
12. Wie oft essen Sie Süßigkeiten pro Tag?  
 gar nicht    sehr wenig, eine Kleinigkeit nach dem Essen    2-3 mal am Tag  
 mehr als 3 mal
13. Was essen Sie in der Schule / im Kindergarten / bei der Arbeit?  
 Brot mit süßem Aufstrich    Obst    Käsebrot    Wurstbrot  
 Sonstiges \_\_\_\_\_
14. Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie pro Tag zu sich?  
 weniger als 1Liter    1-2 Liter    mehr als 2 Liter
15. Trinken Sie viele süße Getränke? (Limonade, Cola, Saft...)  
 nein, ich trinke hauptsächlich Wasser    hin und wieder schon    ja, fast ausschließlich
16. Wie oft pro Woche haben Sie Stuhlgang?  
 mehrmals täglich    täglich    mehrmals pro Woche    weniger als 1mal pro Woche
17. Leiden Sie an Durchfällen?  
 mehrmals täglich    täglich    mehrmals pro Woche    weniger als 1mal pro Woche
18. Wie oft haben Sie Blähungen?  
 nie    selten    oft
19. Haben Sie hin und wieder das Gefühl stark aufgedunsen zu sein?  
 mehrmals täglich    täglich    mehrmals pro Woche    weniger als 1mal pro Woche
20. Haben Sie manchmal den Eindruck, dass Ihre Verdauung stockt oder zu langsam ist?  
 mehrmals täglich    täglich    mehrmals pro Woche    weniger als 1mal pro Woche
21. Werden Sie schnell/häufig krank?  
 nein, so gut wie nie    1-2 mal im Jahr    mehrmals im Jahr
22. Leiden sie häufiger an Hautreizungen, allergischen Ekzemen und/oder Neurodermitis?  
 weniger als 1mal im Monat    ca. 1mal im Monat    mehr als 1mal im Monat
23. Leiden sie häufig an Kopfschmerzen und Migräne?  
 weniger als 1 mal im Monat    1 mal im Monat    2-3 mal im Monat
24. Bewegen Sie sich regelmäßig an der frischen Luft?  
 ja, ich bin sehr viel draußen    ich gehe sehr wenig raus

25. Machen Sie viel Sport?

- ja, regelmäßig, auch im Verein       ja, aber nicht immer konsequent  
 nein, Sport mache ich nur wenig

26. Wie oft pro Woche nehmen Sie an Aktivitäten teil (Instrument spielen, Sport...)?

- 1-3 mal       mehr als 3 mal

27. Fühlen Sie sich im Alltag oft gestresst oder überfordert?

- Ja häufig                       selten                       nie

28. Haben Sie Allergien?

---

29. Nehmen Sie Medikamente?

---

30. Haben Sie Grunderkrankungen?

---