



**Schauen Sie selbst, ob wir Ihre Stoffwechsellage genauer überprüfen sollten:**

- |  | <b>ja</b>                | <b>nein</b>              |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Essen Sie weniger als 6 Portionen Gemüse und Früchte?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Essen Sie weniger als 2 x pro Woche frischen Fisch?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Trinken Sie weniger als 2 bis 2.5 Liter kohlenstofffreies Wasser am Tag?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Essen Sie häufig etwas zwischendurch?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fehlt Ihnen die Zeit, täglich zweimal eine ausgewogene Mahlzeit zuzubereiten?<br>(d.h. essen Sie z. B. häufig auswärts, Kantinenessen, Fast Food, in der Mikrowelle erwärmte Speisen, Fertigmahlzeiten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Könnte man Ihre tägliche Nährstoffzufuhr verbessern?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Möchten Sie Ihren Körper modellieren und ihre Figur besser in Form bringen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fehlt es Ihnen tagsüber an Energie und Konzentration für Ihre täglichen Aufgaben? (Beruf, Freizeit)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie Probleme mit Ihrer Verdauung, Allergien und unreiner Haut?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie häufig unter Erkältungen und Befindlichkeitsstörungen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie öfters Kopfschmerzen oder Migräne?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie Gelenkschmerzen oder Krampfadern?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Treiben Sie an weniger als 3 Tagen in der Woche mindestens 30 Minuten Sport?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie nach dem Sport Muskelschmerzen? (Krämpfe)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Frauen: Leiden Sie häufig unter Menstruationsbeschwerden?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sind Sie bei der Arbeit häufig gestresst?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesamtzahl der mit **ja** beantworteten Fragen: \_\_\_\_\_

**Auswertung:**

Gesamtzahl der <b>ja</b> - Antworten:	<b>1 – 2</b>	<b>3 – 6</b>	<b>7 – 10</b>	<b>11 – 14</b>	<b>15 – 16</b>
Stoffwechsellage:	<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>mangelhaft</b>	<b>sehr schlecht</b>	<b>alarmierend</b>