Dein Fragebogen zur Vitalstoffberatung

Schön, dass du genauer hinschauen möchtest! Mit diesem Fragebogen kann ich mich gut auf unser Gespräch vorbereiten, damit wir im Termin direkt bei deinem Anliegen einsteigen können. Nimm dir etwa 20 Minuten Zeit. Was du nicht beantworten möchtest oder nicht weißt, lässt du einfach frei.

So nutzt du den Bogen: Füll ihn am Rechner, Tablet oder ausgedruckt aus und halte ihn zu unserem Termin bereit. Wir gehen ihn dann gemeinsam durch. Deine Laborbefunde legst du am besten gleich dazu.

1. Über dich

Name

Geburtsjahr

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Beruf

E-Mail

Telefon

2. Was dich zu mir führt

Worum geht es dir? Was möchtest du verändern?

Seit wann hast du Beschwerden?

Was hast du schon ausprobiert, und was hat geholfen oder nicht?

Was wäre für dich ein gutes Ergebnis unserer Zusammenarbeit?

3. Beschwerden-Check

Wie oft hast du diese Beschwerden?

Beschwerde	häufig	manchmal	selten	nie
Müdigkeit, Erschöpfung	☐	☐	☐	☐
Konzentrationsprobleme	☐	☐	☐	☐
Innere Unruhe, Nervosität	☐	☐	☐	☐
Stimmungstiefs	☐	☐	☐	☐
Einschlafprobleme	☐	☐	☐	☐
Durchschlafprobleme	☐	☐	☐	☐
Kopfschmerzen, Migräne	☐	☐	☐	☐
Muskelkrämpfe, Zuckungen	☐	☐	☐	☐
Kribbeln oder Taubheit in Händen und Füßen	☐	☐	☐	☐
Haarausfall	☐	☐	☐	☐
Brüchige Nägel	☐	☐	☐	☐
Trockene Haut, Hautprobleme	☐	☐	☐	☐
Eingerissene Mundwinkel	☐	☐	☐	☐
Infekte (mehr als 2-mal im Jahr)	☐	☐	☐	☐
Lippenherpes	☐	☐	☐	☐
Langsame Wundheilung	☐	☐	☐	☐
Kalte Hände und Füße, schnelles Frieren	☐	☐	☐	☐
Schwindel	☐	☐	☐	☐
Blähungen, Völlegefühl	☐	☐	☐	☐
Verstopfung	☐	☐	☐	☐
Durchfall	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐

Sonstige Beschwerden

4. Ernährung

Wie ernährst du dich?

☐ Mischkost ☐ vegetarisch

☐ vegan ☐ ketogen / Low Carb

Sonstiges:

Wie viele Mahlzeiten isst du am Tag? Fastest du (zum Beispiel Intervallfasten)?

Wie oft isst du ...?

Lebensmittel	täglich	mehrmals/Woche	selten	nie
Gemüse, Salat	☐	☐	☐	☐
Obst	☐	☐	☐	☐
Vollkornprodukte	☐	☐	☐	☐
Hülsenfrüchte	☐	☐	☐	☐
Nüsse, Kerne, Samen	☐	☐	☐	☐
Milchprodukte, Käse	☐	☐	☐	☐
Eier	☐	☐	☐	☐
Fleisch, Wurst	☐	☐	☐	☐
Fisch (vor allem Lachs, Hering, Makrele)	☐	☐	☐	☐
Süßes, Limonade	☐	☐	☐	☐
Fertiggerichte, Fast Food	☐	☐	☐	☐

Wasser, Tee (Liter/Tag)

Kaffee, schwarzer oder grüner Tee (Tassen/Tag)

Gesüßte Getränke, auch light/zero (Liter/Tag)

Alkohol (Gläser/Woche)

Bekannte Unverträglichkeiten:

☐ Laktose ☐ Fruktose

☐ Gluten ☐ Histamin

Sonstiges:

Gibt es Lebensmittel, nach denen es dir schlechter geht? Welche?

5. Dein Alltag

Arbeitsstunden pro Woche

Stress von 1 (gar nicht) bis 10 (sehr)

Bewegung und Sport: Was und wie oft pro Woche?

Wie viele Stunden schläfst du?

Wie oft bist du tagsüber draußen?

Wachst du erholt auf?

☐ ja ☐ nein

Rauchst du?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Zigaretten am Tag

6. Deine Gesundheit

Gibt es eine dieser Erkrankungen bei dir?

- ☐ Schilddrüse
- ☐ Diabetes
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Magen-Darm-Erkrankung (z. B. Reizdarm, Zöliakie, Morbus Crohn, Gastritis)
- ☐ Autoimmunerkrankung
- ☐ Depression, Angststörung
- ☐ Bluthochdruck, Herz-Kreislauf
- ☐ erhöhte Blutfette
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Allergien, Asthma
- ☐ Krebs (aktuell oder in der Nachsorge)

Sonstiges:

Operationen (vor allem an Magen, Darm oder Gallenblase)

Erkrankungen in deiner Familie (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf, Osteoporose, Schilddrüse)

Für Frauen

Zyklus:

- ☐ regelmäßig
- ☐ starke Periode
- ☐ unregelmäßig
- ☐ Beschwerden vor der Periode

Verhütung mit Hormonen (Pille, Hormonspirale)?

☐ nein ☐ ja

Aktuell:

- ☐ Kinderwunsch
- ☐ stillend
- ☐ schwanger
- ☐ in den Wechseljahren

7. Medikamente und Nahrungsergänzung

Bitte trag alles ein, was du regelmäßig nimmst, auch Nahrungsergänzungen, Tees und Hormone. Am einfachsten: Schick mir Fotos der Packungen oder deinen Medikationsplan mit.

Medikament oder Präparat	Dosis	seit wann

Nimmst du eines davon?

- ☐ Säureblocker (z. B. Pantoprazol)
- ☐ Schilddrüsenhormone
- ☐ Blutverdünner
- ☐ Schmerzmittel mehrmals pro Woche
- ☐ Metformin
- ☐ Entwässerungstabletten
- ☐ Cortison

Antibiotika in den letzten zwölf Monaten?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja: wie oft?

8. Laborwerte

Hast du Laborbefunde aus den letzten zwölf Monaten? Dann leg sie gern zum Termin bereit. Falls du einzelne Werte kennst, trag sie hier ein:

Wert	Ergebnis	Datum
Ferritin		
Vitamin D (25-OH)		
Vitamin B12 / Holo-TC		
Folsäure		
Homocystein		
Magnesium (Vollblut)		
Zink, Selen		
TSH		
HbA1c		
Omega-3-Index		
Sonstiges		

9. Was ich noch wissen sollte

Gibt es etwas, das dir wichtig ist und hier nicht gefragt wurde?

Einwilligung

Ich willige ein, dass Nadja Gehle meine Angaben in diesem Fragebogen, einschließlich meiner Gesundheitsdaten, zur Vorbereitung und Durchführung meiner Vitalstoffberatung verarbeitet. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Mehr dazu in der Datenschutzerklärung: vitalstoffe-verstehen.de/datenschutz.

☐ **Ich willige ein.**

Ort, Datum

Unterschrift (Name genügt)

Die Vitalstoffberatung ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung.