SILKE STUPPIN

Gesundheitsfragebogen für

Ich freue mich, dass Du die Entscheidung getroffen hast, etwas für Dich und Deine Gesundheit zu tun.

Damit ich mich bestmöglich auf Dich vorbereiten und Dich ganzheitlich beraten kann, bitte ich Dich darum, den ausgefüllten Fragebogen per Email oder Post einige Tage vor unserem ersten Termin an mich zurück zusenden.

Vielen Dank für Deine Mithilfe. Auf eine gute Zusammenarbeit!

Herzliche Grüße,

Silke Stuppin

ALLGEMEINES

KONTAKTDATEN

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: __ /__ /__

KÖRPERDATEN

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

ACTIVITY

AKTIVITÄTSLEVEL

Wie aktiv bist Du in Deinem Alltag (Sport nicht eingerechnet)?

- 1 (kaum aktiv)
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 (sehr aktiv)

SCHLAF

Wie viele Stunden schläfst Du durchschnittlich pro Nacht?

- Weniger als 4 Stunden
- 4 Stunden
- 5 Stunden
- 6 Stunden
- 7 Stunden
- 8 Stunden
- 9 Stunden
- Mehr als 9 Stunden

Schläfst Du durch?

- Ja
- Nein

Falls nein, wie oft wachst Du auf?

_____ Mal/Nacht

SPORT

Welche Sportarten übst Du aus? (Mehrfach ankreuzen möglich)

- o Ausdauersport
- o Kraftsport
- o Andere Sportart bei geringer Belastung
- o Andere Sportart bei mittlerer Belastung
- o Andere Sportart bei hoher Belastung
- o Gar kein Sport

Nutzt Du eine aktive Entspannungstechnik?

Bitte ankreuzen:

- o Nein
- o Yoga
- o Meditation
- o QiGong
- o Atemübungen
- o Sonstiges: _____

Falls ja:

Für ungefähr _____ Stunden pro Woche

SPORTTAGE

Wie oft/lang pro Woche betreibst Du Sport? (Mehrfach ankreuzen möglich)

- o Montag: _____ Minuten
- o Dienstag: _____ Minuten
- o Mittwoch: _____ Minuten
- o Donnerstag: _____ Minuten
- o Freitag: _____ Minuten
- o Samstag: _____ Minuten
- o Sonntag: _____ Minuten

FOOD

ERNÄHRUNGSWEISE

Welche Ernährungsweise passt zu Dir?

- Allesesser
- Pescetarisch
- Vegetarisch
- Vegan
- Paleo
- Ketogen
- Low Carb
- Etwas anderes: _____

INTOLERANZEN

Hast Du eine Intoleranz oder Unverträglichkeit gegenüber bestimmten Lebensmitteln/Lebensmittelgruppen?

- Keine
- Fructose
- Laktose
- Gluten
- Saccharose
- Histamin
- Etwas anderes: _____

MAHLZEITENHÄUFIGKEIT

Bitte mache Angaben zur gewünschten Anzahl Deiner Mahlzeiten und deren Zeitpunkt?

Frühstück _____ Uhr

Mittagessen _____ Uhr

Abendessen _____ Uhr

Snack 1 _____ Uhr

Snack 2 _____ Uhr

Snack 3 _____ Uhr

ESSGEWOHNHEITEN

Bitte mache Angaben zur gewünschten Anzahl Deiner Mahlzeiten und deren Zeitpunkt?

- Jede Mahlzeit frisch
- Abends für den nächsten Mittag vorkochen
- Nicht kochen

Bei Auswahl „Abends für den nächsten Mittag vorkochen“:

Für welche Wochentage möchtest du vorkochen?

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Samstag
- Sonntag

TRINKGEWOHNHEITEN

Wie würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten einschätzen?

	Fast nie	Ab & zu	Mehrfach pro Woche	Täglich	Mehrfach am Tag
Kaffee	○	○	○	○	○
Tee	○	○	○	○	○
Fruchtsäfte	○	○	○	○	○
Softdrinks	○	○	○	○	○
Bier	○	○	○	○	○
Wein	○	○	○	○	○

Wasser ohne Kohlensäure: ____ Liter/Tag

Wasser mit Kohlensäure: ____ Liter/Tag

Welches Wasser trinken Sie hauptsächlich?

- ○ Gefiltertes Leitungswasser
- ○ Wasser aus Plastikflaschen
- ○ Wasser aus Glasflaschen
- ○ Leitungswasser

Alle Getränke zusammengerechnet trinke ich ____ Liter/Tag

BUDGET

Wieviel Geld möchtest Du für Deine Lebensmittel ausgeben?

Bitte auf der Skala ankreuzen:

_____

preiswert normal premium

KOCHZEIT

Wie viel Zeit möchtest Du für die Zubereitung einer einzelnen Mahlzeit investieren?

Bitte auf der Skala ankreuzen:

_____

wenig normal umfangreich

GESUNDHEIT

ALLGEMEIN

Hauptbeschwerden: _____

Chronische Krankheiten: _____

Frühere Operationen: _____

Krankenhausaufenthalte: _____

Allergien: _____

Medikamentenunverträglichkeiten: _____

Familienanamnese

(Krankheiten in der Familie): _____

AKTUELLE BESCHWERDEN

Symptome: _____

Beginn der Beschwerden: _____

Verlauf der Beschwerden: _____

Auslöser der Beschwerden: _____

Bisherige Behandlungen: _____

UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Falls vorhanden, bitte anhängen:

- Laborwerte
- Bildgebende Verfahren
- Sonstige Untersuchungen

LABORERGEBNISSE

Gibt es bei früheren Blut-/Laboruntersuchungen Auffälligkeiten?

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Leberwerte
- Schilddrüsenwerte
- Nierenwerte
- Vitamin D
- Blutzucker
- Mineralstoffe
- Cholesterin
- Darmflora
- Entzündungswerte
- Schwermetalle
- Eisenmangel
- B-Vitamine

LEBENSSTIL

Rauchen (bitte einkreisen): Ja / Nein

Alkoholkonsum (bitte einkreisen): Ja / Nein

Drogenkonsum (bitte einkreisen): Ja / Nein

Stressfaktoren (privat): _____

Berufliche Belastung (bitte ankreuzen):

_____

niedrig hoch

Platz für weitere Anmerkungen

MITBETREUENDE ÄRTE/THERAPEUTEN

- Allgemeinarzt/Hausarzt
- Zahnarzt
- Orthopäde
- Neurologe
- Gynäkologe/Urologe
- Physiotherapeuten/Osteopath
- Psychotherapeut/Coach

ENERGIELEVEL

Schätze Dein derzeitiges Energielevel ein. Bitte auf der Skala ankreuzen:

_____

ZIELSETZUNG

HAUPTZIEL

Was ist Dein Hauptziel? (Bitte insgesamt nur eine Möglichkeit ankreuzen)

Performance steigern

- ○ Kraftsport
- ○ Ausdauer
- ○ Spiele/Teamsport
- ○ Kampfsport
- ○ Gehirnleistung

Gewicht managen

- ○ Abnehmen
- ○ Muskeln definieren
- ○ Muskeln aufbauen
- ○ Zunehmen
- ○ Gewicht halten

Wohlbefinden steigern

- ○ Vitalität steigern
- ○ Ausgewogen ernähren
- ○ Regeneration fördern

Platz für weitere Anmerkungen

UNTERZIELE

Was sind Deine Unterziele? (Bitte insgesamt drei Möglichkeit ankreuzen und von 1-3 priorisieren)

- Allgemeines Wohlbefinden verbessern
- Energielevel steigern – Funktional als auch mental
- Nachhaltiges Gewichtsmanagement - Gewicht reduzieren oder zunehmen
- Muskelaufbau
- Ausdauer
- Flexibilität
- Umstellung zu bewussten Ernährungsgewohnheiten
- Ursachen für Unwohlsein kennen und verstehen – Energiefresser entdecken
- Bewegung und Entspannung etablieren
- Ernährung und Lebensweise optimieren
- Leistungssteigerung bei sportlichen Aktivitäten
- Verbesserung der Eigenversorgung - Alltagstipps – Rezepte, Einkaufslisten, Meal Prep, On the road etc.
- Achtsamkeit im Alltag
- Visualisierungstechnik erlernen und umsetzen