



## Gesundheitsfragebogen

Wir bieten Ihnen eine Auswertung dieses Fragebogens an. Um eine individuelle Empfehlung geben zu können, bitten wir Sie die Fragen möglichst genau zu beantworten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name / Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

Bitte um Rückruf

männlich     weiblich    Größe: \_\_\_\_\_    Gewicht: \_\_\_\_\_    Alter: \_\_\_\_\_

### Sind Sie Raucher?

Nichtraucher, seit wann \_\_\_\_\_

Ja, wieviele Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

### Treiben Sie Sport?

kein Sport                       ja

Welche Sportarten? \_\_\_\_\_

Häufigkeit: \_\_\_\_\_

### Wie fühlen Sie sich?

übergewichtig                       normalgewichtig                       untergewichtig

Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

zu viele Kalorien                       zu viele Süßigkeiten                       häufig Geschäftsessen

zu viel Fett                               Essstörungen                               Kantinenessen

zu wenig Kalorien                       Alkohol                                       Anlage



**Wollen Sie abnehmen?**

Nein  Ja  \_\_\_\_\_ kg

**Wollen Sie zunehmen?**

Nein  Ja  \_\_\_\_\_ kg

**Machen Sie zur Zeit eine Diät?**

Nein  Ja

**Wieviele warme Mahlzeiten essen Sie pro Tag?**

\_\_\_\_\_

**Ernährungsgewohnheiten**

	nie	1 x pro Woche	mehrm. Woche	täglich	täglich	Tassen / Liter pro Tag
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaffee	<input type="checkbox"/> _____
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tee	<input type="checkbox"/> _____
Getreide/Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cola/Limo	<input type="checkbox"/> _____
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wasser m. Kohlensäure	<input type="checkbox"/> _____
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stilles Wasser	<input type="checkbox"/> _____
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Menge
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wein	<input type="checkbox"/> _____
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bier	<input type="checkbox"/> _____
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spirituosen	<input type="checkbox"/> _____
Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



### Sie leiden unter?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthritis                | <input type="checkbox"/> Herpeserkrankungen   | <input type="checkbox"/> Neurologischen Krankheiten<br><small>(z.B. MS, Parkinson)</small>              |
| <input type="checkbox"/> Arthrose                 | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen   | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörungen   |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale        | <input type="checkbox"/> Homocysteinurie (Enzymdefekt)                                      | <input type="checkbox"/> Osteoporose  |
| <input type="checkbox"/> Azidose                  | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeiten   | <input type="checkbox"/> Prostataerkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckproblemen       | <input type="checkbox"/> Konditionsangel  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenproblemen  |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis, chronisch    | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen  | <input type="checkbox"/> Schwermetallbelastung<br><small>(z.B. Amalgam)</small>                         |
| <input type="checkbox"/> Candida-Infektion        | <input type="checkbox"/> Krebs  | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen<br><small>(z.B. PKU)</small>                          |
| <input type="checkbox"/> Cholesterin, erhöht      | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> Stress / Müdigkeit / Agressivität  |
| <input type="checkbox"/> Depressionen             | <input type="checkbox"/> Lungenproblemen  | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit und/oder   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Maculadegeneration<br><small>(Verlust des scharfen Sehens)</small> | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Energielosigkeit         | <input type="checkbox"/> Magen-, Darmproblemen  | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten  |
| <input type="checkbox"/> Gehörproblemen           | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden   | <input type="checkbox"/> Zöliakie   |
| <input type="checkbox"/> Geruchsproblemen         | <input type="checkbox"/> Menopausebeschwerden   | <i>sonstiges:</i>   |
| <input type="checkbox"/> Geschmacksproblemen      | <input type="checkbox"/> Migräne, Kopfschmerzen   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 80px;"><i>(hier Text eingeben)</i></div> |
| <input type="checkbox"/> Haarproblemen (-ausfall) | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn   |   |
| <input type="checkbox"/> Hautproblemen            | <input type="checkbox"/> Nachtblindheit   |   |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen             | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie   |   |



### Fremdstoffe im Körper

- Herzschrittmacher   
  Metalle   
  künstliches Hüftgelenk   
  Kupfer T-Spirale

### Verhüten Sie?

- Pille, seit wann
- Spirale / welche, seit wann

### Sonstige aktuelle Beschwerden?

Bitte beschreiben Sie Ihre aktuellen Beschwerden der letzten **6 Monate**

*(hier Text eingeben)*

### Medikamente

Welche Medikamente, Mineralstoffe, Vitamin-, Pflanzen- und Hormonpräparate nahmen oder nehmen Sie ein?

<i>Präparat</i>	<i>Verwendungszweck</i>	regelmäßig	
		ja	nein
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>	<hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Haben Sie Antibiotika eingenommen?

- nein
- ja, wann:





## Haut- & Haaranalyse

### Momentane Haarsituation

Haben Sie:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> kurzes Haar         | <input type="checkbox"/> glattes Haar             |
| <input type="checkbox"/> langes Haar         | <input type="checkbox"/> gewelltes, lockiges Haar |
| <input type="checkbox"/> schulterlanges Haar |   |

### Wie ist die Haarstruktur?

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kräftig     | <input type="checkbox"/> glanzlos |
| <input type="checkbox"/> kraftlos    | <input type="checkbox"/> brüchig  |
| <input type="checkbox"/> fein / dünn |                                   |
| <input type="checkbox"/> trocken     |                                   |
| <input type="checkbox"/> strapaziert |                                   |

Sonstige Beschwerden:

(hier Text eingeben)

### Die Kopfhaut

Leiden Sie unter:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> trockener Kopfhaut          | <input type="checkbox"/> rote o. entzündete Flecken |
| <input type="checkbox"/> Schuppen                    | <input type="checkbox"/> trockene Schuppen          |
| <input type="checkbox"/> fettige Kopfhaut bzw. Haare | <input type="checkbox"/> fettige Schuppen           |

### Leiden Sie unter Haarausfall?

- ja  
 nein  
 manchmal

### Hatten Sie schon einmal Haarausfall?

- ja  
 nein  
 manchmal

### Welchen Naturton hat Ihr Haar?

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> blond / aschblond | <input type="checkbox"/> rot     |
| <input type="checkbox"/> braun             | <input type="checkbox"/> schwarz |



**Ist eine Graupigmentierung vorhanden?**

- nein  mittel  
 leicht  stark

**Ist Ihr Haar chemisch behandelt?**

- gestrahnt  getönt  
 gefärbt  Dauerwelle

**Verwenden Sie Naturfarben?**

- ja  nein

**Tragen Sie Ihren Naturton?**

- ja  nein

**Welche Produkte verwenden Sie zuhause?**

- Shampoo  Spülung  Festiger  
 Haarkur  Fluids  Haarspray

sonstiges:

**Wie oft werden die Haare gewaschen?**

- 1x täglich  mehrmals täglich  x mal wöchentlich

**Welche Käämme, Bürsten verwenden Sie?**

- grobzinkigen Kamm  Metallbürsten  Naturhaarbürsten



### Ihre persönlichen Ziele

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Steigerung der Leistungsfähigkeit                 | <input type="checkbox"/> Gesunder Stoffwechsel                 |
| <input type="checkbox"/> Förderung der geistigen Leistungsfähigkeit        | <input type="checkbox"/> Regulierung freier Radikale           |
| <input type="checkbox"/> Ausgleich von Ernährungsunterversorgung           | <input type="checkbox"/> Abwehr von Infekten                   |
| <input type="checkbox"/> Gesundes Wachstum und Normalisierung von Hormonen | <input type="checkbox"/> Schutz des Herz- und Kreislaufsystems |
| <input type="checkbox"/> Gesundes Wachstum von Haut und Haar               |  |

### Zusammenfassung der wichtigsten Ziele

(hier Text eingeben)

### Sonstiges

(hier Text eingeben)

Bitte senden Sie den komplett ausgefüllten Gesundheitsbogen per E-Mail, Fax oder Brief an folgende Adresse:

#### Karola Albrecht

*Gesundheits- & Vitalcoach / Ernährungswissenschaftlerin der Naturheilkunde*

Graf-Armansperg Str. 10  
94553 Mariaposching

Tel: 09906/942278  
Fax: 09906/942547

E-mail: [info@aluah.de](mailto:info@aluah.de)  
Internet: [www.aluah.de](http://www.aluah.de)

Unsere Beratung erhebt nicht den Anspruch, den Arzt / Heilpraktiker zu ersetzen.

Datum

Unterschrift