PureLiving100® -Gesundheitsprojekt
Bewusst wachsen – Gesund leben – Glücklich sein

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

PureLiving100-Gesundheitsprojekt

Nimm Dir bitte bewusst Zeit für diesen umfangreichen Gesundheitsfragebogen.
Deine Antworten sind ein sehr wichtiger Teil der ganzheitlichen Gesundheitsberatung.
Manche Fragen mögen Dir vielleicht nicht bedeutsam erscheinen und doch können sie für eine ganzheitliche Beratung wichtig sein. Deine Angaben werden vertraulich behandelt.
Hinweis:
Dieser Fragebogen dient der strukturierten Erfassung gesundheitsbezogener Angaben und ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung.

1. Persönliche Angaben und Beratungsrahmen

Kontaktdaten

Vorname Nachname	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum & Alter	
Adresse	
Mobilnummer	
Größe & Gewicht	

2. Gesundheitsziele und Selbsteinschätzung

2.1 Gesundheitsziele und subjektive Einschätzung

2.1.1 Wo siehst Du Dich und was ist Dir momentan am wichtigsten?

☐ Level 1: Gesundheitsschutz (Defensiv) Ziel: Risikofaktoren minimieren, Krankheiten vermeiden, Status Quo erhalten. Motto: "Ich will nicht krank werden."
☐ Level 2: Lebensqualität verbessern (stabilisierend) Ziel: Mehr Wohlbefinden im Alltag, weniger Beschwerden, bessere Verdauung, mehr innere Balance, Gelassenheit und Freude am eigenen Körper. Motto: „Ich möchte mich im Alltag wieder wohler fühlen."
☐ Level 3: Vitalitäts- und Leistungssteigerung - Gesundes Altern & Langlebigkeit (Offensiv) Ziel: Biologisches Alter senken, Alterungsprozesse auf Zellebene bremsen, Grenzen verschieben. Motto: "Ich will jünger werden und länger leben als erwartet."

2.1.2 Wie fühlst Du Dich körperlich und geistig im Vergleich zu Deinem tatsächlichen Alter?

☐ Ich fühle mich jünger
☐ Ich fühle mich gleich alt
☐ Ich fühle mich älter

2.1.3 Wie viel Energie steht Dir aktuell zur Verfügung?
Bewerte von 1 (völlig erschöpft) bis 10 (maximale Energie):

2.1.4 Wie bewertest Du Deinen derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand?

3. Familienanamnese und frühe Lebensphase

3.1 Familiäre Vorbelastungen

3.1.1 Wie bewertest Du Deine derzeitige mentale Gesundheit von 0 bis 10 (10 maximale mentale Funktion)?

3.1.2 Wie bewertest Du Deine derzeitige innere Balance von 0 (völlig aus der Balance) bis 10 (völlig ausgeglichen)?

Einige Krankheiten können familiär gehäuft auftreten. Als nächstes möchte ich deshalb einige Fragen zu Krankheiten in Deiner Familie stellen. Bitte beachte: Hierbei geht es nur um Verwandte 1. und 2. Grades, also Eltern, Geschwister und Kinder.

3.1.3 Gibt/Gab es Verwandte, die einen Herzinfarkt hatten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

3.1.4 Gibt/Gab es Verwandte, die einen Schlaganfall hatten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

3.2 Familiäre Vorbelastungen

3.2.1 Gibt/Gab es Verwandte, die Bluthochdruck haben/hatten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

3.2.2 Gibt/Gab es Verwandte, die eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ II) haben/hatten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

3.2.3 Gibt/Gab es Verwandte, die Krebs haben/hatten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

3.2.4 Gibt/Gab es Verwandte, die eine Demenz (Alzheimer) haben/hatten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

3.3 Geburt und frühe Kindheit

3.3.1 Gab es Fälle von plötzlichem Herztod bei Deinen Verwandten 1. oder 2. Grades?

- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] Ich bin mir nicht sicher.

Geburtshistorie

3.3.2 Weißt Du wie Du geboren wurdest?

- [ ] Normale vaginale Entbindung
- [ ] Kaiserschnitt - Sectio
- [ ] Frühgeburt

3.3.3 Geburtskomplikation - falls ja, welche?

3.3.4 Wurdest Du gestillt?

- [ ] Ja
- [ ] Nein

3.3.5 Weißt Du, ob im Säugling-/Kleinkindalter bereits Beschwerden auftraten?

- [ ] Nicht bekannt
- [ ] Ekzem/Neurodermitis
- [ ] Vermehrtes Schreien
- [ ] Infektanfälligkeit
- [ ] Sonstiges:

4. Laborauffälligkeiten und organbezogene Beschwerden

4.1 Frühere Laboruntersuchungen

Nachfolgend findest Du eine Liste organbezogener Symptome und Beschwerden. Bitte nenne mir möglichst umfassend Deine Beschwerden. Falls Beschwerden bestehen, hast Du bei "andere Beschwerden" die Möglichkeit, individuell notwendige Informationen einzutragen.

4.1.1 Gab es bei früheren Laboruntersuchungen schon einmal Auffälligkeiten?

- [ ] Keine Auffälligkeiten
- [ ] Leberwerte
- [ ] Nierenwerte
- [ ] Blutzuckerwerte
- [ ] Cholesterinwerte
- [ ] Entzündungswerte
- [ ] Schilddrüsenwerte
- [ ] Eisenmangel
- [ ] Blutarmut
- [ ]
- [ ]

4.2 Herz-Kreislauf-System

4.2.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die das Herz-Kreislauf- System betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Abfall der Leistungsfähigkeit
- ☐ Engegefühl oder Druck auf der Brust
- ☐ Herzrasen und schneller Pulsschlag
- ☐ schneller oder pochender Pulsschlag nach den Mahlzeiten
- ☐ Herzrhytmusstörungen oder Herzstolpern
- ☐ Durchblutungsstörung der Beine
- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Wassereinlagerungen in den Beinen
- ☐ _____

4.2.2 In welchem Bereich liegt Dein oberer Blutdruck meistens?

- ☐ unter 130 mmHg
- ☐ 130 bis 160 mmHg
- ☐ über 160 mmHg
- ☐ Ich weiß es nicht

4.3 Atmung, Haut und Haare

4.3.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Atmung betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden im Bereich der Atmung
- ☐ Trockener Husten
- ☐ Husten mit Schleim
- ☐ Luftnot/Kurzatmigkeit
- ☐ Andere Beschwerden

4.3.2 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die Haut und Haare betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Akne/unreine Haut
- ☐ Hautausschlag/Hautrötungen
- ☐ Juckreiz/Kratzen
- ☐ Urtikaria, Nesselsucht
- ☐ Errötung/Flush im Gesicht
- ☐ Hitzewallungen
- ☐ übermäßiges Schwitzen, warme und feuchte Haut
- ☐ Schwitzen an Händen und/oder Füßen
- ☐ trockene, kühle Haut
- ☐ Haarausfall

- [ ] trockenes, brüchiges Haar
- [ ] dünnes Haar
- [ ] Muttermal oder Leberfleck
- [ ] Fußpilz
- [ ]

4.4 Gelenke und Muskulatur

4.4.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Gelenke und die Muskulatur betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- [ ] Keine Beschwerden
- [ ] schmerzende oder geschwollene Gelenke
- [ ] Steifheit der Gelenke oder eingeschränkte Bewegungsfreiheit
- [ ] Überbeweglichkeit der Gelenke
- [ ] Muskelschmerzen
- [ ] Muskelkrämpfe
- [ ] Muskelzuckungen
- [ ]

4.5 Nieren und Harnwege

4.5.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Nieren und Harnwege betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- [ ] Keine Beschwerden
- [ ] Häufiges Wasserlassen
- [ ] Seltenes Wasserlassen (evtl. mit kleinen Urinmengen)
- [ ] Häufiger Harndrang ohne adäquate Entleerung der Harnblase
- [ ] Unwillkürlicher Harnverlust (z.B. beim Pressen oder Heben)
- [ ] Schwacher Harnstrahl, verzögerter Beginn des Wasserlassens, unterbrochener Harnstrahl
- [ ] Nächtliche Blasenschwäche die als störend empfunden wird
- [ ] Brennen beim Wasserlassen
- [ ] Dunkelbrauner Urin
- [ ] Rotbrauner/rötlicher Urin
- [ ] Ungewollter Urinverlust
- [ ] Häufiges Wasserlassen in der Nacht (<3 Mal / Nacht)
- [ ]

4.6 Augen, Ohren und Gehör

4.6.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Augen betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- [ ] Keine Beschwerden
- [ ] Entzündung der Bindehaut der Augen
- [ ] Schwellungen der Augenlider
- [ ] tränende, rote und juckende Augen
- [ ] Tränensäcke
- [ ] dunkle Augenringe
- [ ] Verschlechterung der Sehkraft
- [ ] _____

4.6.2 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Ohren und das Gehör betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- [ ] Keine Beschwerden
- [ ] Jucken an den Ohren
- [ ] Ausfluss aus dem Ohr
- [ ] Ohrenschmerzen
- [ ] Tinnitus/Ohrgeräusche
- [ ] Gehörverlust
- [ ] _____

4.7 Mund, Zähne, Nase und Geruchssinn

4.7.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die den Mund- und Zahnbereich betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- [ ] Keine Beschwerden
- [ ] Zahnschmerzen
- [ ] Zahnfüllung mit Amalgam (Quecksilber) oder Gold
- [ ] Zahnfleischentzündungen
- [ ] Blutendes Zahnfleisch
- [ ] weißlich, rötliche Stellen an der Mundschleimhaut
- [ ] Einrisse im Bereich der Mundwinkel - Rhagaden
- [ ] Schwellung im Bereich der Lippen, Zunge oder Rachen
- [ ] Mundgeruch
- [ ] Mundtrockenheit - geringer Speichelfluss
- [ ] _____

4.7.2 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Nase und den Geruchssinn betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Verstopfte Nase
- ☐ Niesanfälle und laufende Nase insbesondere nach dem Essen
- ☐ chronische Nasennebenhöhlenentzündung
- ☐ _____

4.8 Zunge, Energie und Vitalität

4.8.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Zunge betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ weißlicher Zungenbelag
- ☐ rötlicher Zungenbelag
- ☐ Veränderung der Zungenoberfläche
- ☐ Zungenbrennen
- ☐ _____

4.8.2 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die Deine Energie und Vitalität betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben
- ☐ verminderter Appetit
- ☐ Bedürfnis übermäßig zu essen
- ☐ Gefühl der inneren Unruhe
- ☐ _____

4.9 Emotionen, Denken und Gedächtnis

4.9.1 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die die Emotionen betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Wenig Interesse und Freude an Ihren Tätigkeiten
- ☐ Stimmungsschwankungen
- ☐ plötzliches Gefühl der Angst oder Panik
- ☐ Nervosität und innere Unruhe und übermäßige Besorgnis
- ☐ Gefühl der Wut
- ☐ depressive Verstimmung
- ☐ Reizbarkeit und Überempfindlichkeit, z.B. gegenüber lauten Geräuschen oder hellem Licht
- ☐ Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten
- ☐ _____

4.9.2 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die das Denken und die Gedächtnisfunktion betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Konzentrationsstörungen
- ☐ Vergesslichkeit und Gedächtnislücken
- ☐ Benommenheit, Benebeltsein - Gefühl von Nebel im Kopf (brain fog)
- ☐ Schwindel und Gleichgewichtsstörungen
- ☐ Wortfindungsstörungen
- ☐ Lernschwierigkeiten
- ☐ _____

4.10 Allgemeinsymptome und Temperaturempfinden

4.10.1 Besteht ein Zusammenhang mit Beschwerden, die das Denken und die Psyche betreffen mit der Nahrungszufuhr?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

4.10.2 Nachfolgend siehst Du eine Liste an Beschwerden, die das Temperaturempfinden betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Kalte Hände und Füße
- ☐ ständiges Frieren
- ☐ Empfindlichkeit gegenüber Wärme
- ☐ Hitzewallungen
- ☐ _____

4.11 Nervensystem und weitere Beschwerden

4.11.1 Nachfolgend siehst Du Beschwerden, die das Nervensystem betreffen. Welche der Symptome sind bei Dir in den letzten 8 Wochen gehäuft aufgetreten?

- ☐ Keine Beschwerden
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Migräne
- ☐ Schwindel
- ☐ _____

4.11.2 Hast Du vor dem Auftreten der aktuellen Beschwerden mit der Einnahme neuer Medikamente begonnen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

4.11.3 Gibt es noch weitere Beschwerden oder Symptome, die Du mir mitteilen möchtest?

_____

_____

5. Vorerkrankungen und Operationen

5.1 Vorerkrankungen und Operationen

5.1.1 Du siehst eine Liste an Vorerkrankungen. An welchen Erkrankungen leidest Du?

☐ Keine Vorerkrankungen
☐ Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, angina pectoris, Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Herzrhytmusstörungen)
☐ Kreislauf-/Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie
☐ Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma)
☐ Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (Neigung zu blauen Flecken oder zu Nasen- bzw. Zahnfleischbluten, Nachbluten nach Verletzung oder Operation)
☐ Krebserkrankungen
☐ Erkrankungen der Knochen, Muskeln oder des Bindegewebes (z.B. Rheuma, Arthrose, Osteoporose)
☐ Psychische, neurologische Erkrankungen (z.B. Demenz, Depression, Multiple Sklerose)
☐ Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenüber-/unterfunktion)
☐ Erkrankung der Hormondrüsen oder Hormonmangel (z.B. Östrogenmangel/ Östrogenüberschuss/Progesteronmangel)
☐ Erkrankungen der Leber oder Gallenwege (z.B. Leberzirrhose, Leberverfettung, Hepatitis, Gallensteine)
☐ Nieren-/Harnwegserkrankungen (z.B. Nierenentzündung, Nieren-/Blasensteine)
☐ Erkrankungen der Haut (z.B. Ekzeme, Schuppenflechte)
☐ Infektionskrankheiten (z.B. Zeckenbiss)
☐ _____

5.1.2 Wurdest Du schon einmal operiert?

☐ Ja
☐ Nein
☐ _____

6. Operationen, Unfälle, Verdauung und Stuhlgang

6.1 Operationen, Unfälle und Stuhlgewohnheiten

6.1.1 Welche Operationen und wann (Jahr)? Bitte liste alle größeren Operationen auf.

☐ z.B. Knie-Prothese links 2012

6.1.2 Hattest Du Unfälle? Bzw. leidest Du an Unfallfolgen?

☐ Ja
☐ Nein

6.2 Stuhlhäufigkeit und Stuhlform

Im diesem Abschnitt folgen Fragen zum Stuhlgang und zu den Stuhlgewohnheiten.
Die beiden Extreme in den Stuhlgewohnheiten sind Durchfall oder Verstopfung.

6.2.1 Hast Du das Gefühl an einer Stuhlunregelmäßigkeit zu leiden?

☐ Nein - der Stuhlgang ist täglich und regelmäßig
☐ Durchfall (mehr als 3 Stuhlgänge pro Tag)
☐ Verstopfung (weniger als 3 mal Stuhlgang pro Woche)
☐ Wechsel der Stuhlgewohnheit zwischen Durchfall und Verstopfung
☐

6.2.2 Wie oft hast Du Stuhlgang?

☐ Stuhlgang 1 mal täglich
☐ Stuhlgang bis zu 3 mal täglich
☐ Stuhlgang mehr als 3 mal täglich
☐ Stuhlgang mehr als 10 mal täglich
☐ Stuhlgang 2-3 mal pro Woche
☐ Stuhlgang einmal pro Woche
☐ stark wechselnde Stuhlhäufigkeit zwischen Durchfall und Verstopfung
☐

6.2.3 Wie ist der Stuhlgang geformt?

☐ dünner-wässriger Stuhl
☐ breiiger Stuhl
☐ wie Schafskot (Kügelchen)
☐ schlauchartig weich
☐ harter, fester Stuhlgang
☐ Stuhlgang klebt an der Toilettenschüssel bzw. Du benötigst sehr viel Klopapier
☐

6.3 Stuhlfarbe, Geruch und Beimengungen

6.3.1 Beschreibe bitte die Farbe des Stuhlgangs.

- ☐ dunkelbraun
- ☐ hellbraun (lehmfarben)
- ☐ hell-gelblich (tonfarben)
- ☐ grünlich
- ☐ rötlich
- ☐ schwarz
- ☐ Sonstiges
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.
- ☐ Bitte beschreibe den Geruch des Stuhls.
- ☐ riecht überwiegend säuerlich
- ☐ riecht wie Fisch
- ☐ riecht überwiegend faulig (faulige Eier - Schwefelgeruch)
- ☐ riecht kaum oder überhaupt nicht
- ☐ _____

6.3.2 Enthält der Stuhl Beimengungen oder Auflagerungen?

- ☐ Schleim
- ☐ Blut
- ☐ unverdaute Nahrungsreste
- ☐ faserige Nahrungsbestandteile
- ☐ Eiter
- ☐ keine Stuhlbeimengungen
- ☐ _____

6.4 Stuhlveränderungen und Entleerung

6.4.1 Hast Du eine Veränderung der Stuhlhäufigkeit bemerkt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

6.4.2 Hast Du direkt nach dem Essen Stuhlgang?

- ☐ Sofort (innerhalb von 20 min)
- ☐ 30 bis 60 min nach dem Essen
- ☐ kein Zusammenhang zwischen dem Essen
- ☐ _____

6.4.3 Bessern sich Deine Beschwerden nach dem Stuhlgang?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6.4.4 Wie oft musst Du beim Stuhlgang pressen?

- ☐ Nie
- ☐ Selten
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Immer
- ☐ _____

6.5 Verdauungsbeschwerden und Bauchschmerzen

6.5.1 Hast Du das Gefühl einer unvollständigen Stuhlentleerung?

- ☐ Nie
- ☐ Manchmal
- ☐ Oft
- ☐ Immer
- ☐ _____

6.5.2 Sind bei Dir in den letzten 3 Monaten die folgenden Beschwerden aufgetreten?

- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Aufstoßen/Rülpsen
- ☐ Bauchschmerzen/Bauchkrämpfe
- ☐ Blähungen/Gasbildung
- ☐ Durchfall
- ☐ Erbrechen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Übelkeit
- ☐ Verstopfung/Darmträgheit
- ☐ Völlegefühl
- ☐ _____

6.5.3 Wann treten die Bauchschmerzen auf?

- ☐ morgens nach dem Aufwachen
- ☐ nüchtern vor den Mahlzeiten (Besserung durch die Nahrungszufuhr)
- ☐ direkt nach dem Essen
- ☐ im Laufe des Tages ohne einen Zusammenhang mit der Nahrungszufuhr
- ☐ _____

6.6 Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme, Aufstoßen und Bauchumfang

6.6.1 Falls ein Zusammenhang der Bauchschmerzen oder der Blähungsbeschwerden mit der Nahrungszufuhr besteht, wann treten die Schmerzen ein?

- ☐ es besteht kein Zusammenhang mit der Nahrungszufuhr
- ☐ sofort nach dem ersten Bissen
- ☐ nach ca. 20 Minuten
- ☐ nach ca. einer Stunde
- ☐ die Bauchschmerzen und/oder Blähungen werden im Laufe des Tages stärker
- ☐ _____

6.6.2 Aufstoßen oder Rülpsen ist eigentlich ein normaler Vorgang - kann aber trotzdem zum Problem werden.

6.6.3 Handelt es sich dabei um Luft?

6.6.4 Handelt es sich dabei um Magensäure?

6.6.5 Handelt es sich um Nahrungsbrei?

6.6.6 Wie schmeckt das Aufgestoßene?

- ☐ nach nichts
- ☐ oft sauer
- ☐ oft faulig
- ☐ oft blutig - Geschmack von Eisen

6.6.7 Beobachtest Du eine Zunahme des Bauchumfangs nach den Mahlzeiten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6.7 Blähungen, Windabgang und Gewichtsverlust

6.7.1 Beobachtest Du im Laufe des Tages eine Zunahme des Bauchumfangs (Trommelbauch oder Gefühl wie "schwanger")?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6.7.2 Kannst Du die Gase entweichen lassen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6.7.3 Wie häufig hast Du Windabgang?

- ☐ unter 10 mal täglich
- ☐ 10 - 50 mal täglich
- ☐ dauernd
- ☐

6.7.4 Wie ist der Geruch der abgehenden Winde?

- ☐ faulig riechend - wie faulige Eier
- ☐ säuerlich - wie vergorenes
- ☐ fischartiger Geruch
- ☐ geruchslos
- ☐

6.7.5 Du hast angegeben unter Appetitlosigkeit und/oder Übelkeit zu leiden. Hast Du Gewicht abgenommen?

☐ Ja
☐ Nein

6.8 Übelkeit, Völlegefühl und Nahrungsmittelabneigungen

6.8.1 Wieviel Gewicht hast Du in den letzten 4 Wochen verloren?

6.8.2 Besteht ein Zusammenhang der Übelkeit mit bestimmten Nahrungsmitteln?

☐ Ja
☐ Nein

6.8.3 Tritt das Völlegefühl nach den Mahlzeiten auf?

☐ Ja
☐ Nein

6.8.4 Du hast angegeben unter Völlegefühl zu leiden.

6.8.5 Empfindest Du das Völlegefühl eher im Oberbauch/Magengegend?

6.8.6 Empfindest Du das Völlegefühl eher im Unterbauch?

6.8.7 Besteht eine Abneigung gegen bestimmte Speisen?

7. Schlaf und allgemeine Körperfunktionen

Nun würde ich gerne einen Einblick in Deine Schlafgewohnheiten und in Deine Körperfunktionen erhalten.

7.1 Schlafqualität, Schlafprobleme und Schnarchen

7.1.1 Wie gut schläfst Du in der Regel?

- ☐ Sehr schlecht
- ☐ Schlecht
- ☐ Neutral
- ☐ Gut
- ☐ Sehr gut

7.1.2 Welche Probleme hast Du beim Schlafen?

- ☐ Ich habe keine Schlafprobleme
- ☐ Probleme beim Einschlafen
- ☐ Probleme beim Durchschlafen - häufiges Erwachen
- ☐ Probleme beim Ausschlafen (zu frühes Erwachen)
- ☐ _____

7.1.3 Welche der folgenden Aussagen bezüglich Schnarchen trifft auf Dich zu?

- ☐ ich schnarche nicht
- ☐ Ich schnarche nur in bestimmten Situationen (Rücklage oder Alkoholkonsum)
- ☐ Ich schnarche fast jede Nacht
- ☐ _____

7.1.4 Sagt Dein Bettpartner, dass Du Atemaussetzer während des Schlafens hast?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

7.2 Erholung, Durst und Nachtschweiß

7.2.1 Wie häufig wachst Du morgens unausgeschlafen auf?

- ☐ Nie
- ☐ Sehr selten
- ☐ 2-4 mal pro Woche
- ☐ Mehr als 4 mal pro Woche
- ☐ _____

7.2.2 Wie ist Dein Durstempfinden in den letzten 2 Wochen?

_____

_____

- ☐ Vermindert
- ☐ Vermehrt

7.2.3 Hast Du in den letzten 6 Monaten nachts so stark geschwitzt, dass Du den Pyjama oder das Bettlaken wechseln musstest?

☐ Unnatürliches starkes Schwitzen in der Nacht wird Nachtschweiß genannt. Die Nächte, in denen Du Fieber hattest, zählen nicht dazu.

☐ Ja
☐ Nein
☐ Ich bin mir nicht sicher.

Nun folgen Fragen zum Appetit und zu den Ernährungsgewohnheiten.

8. Appetit und Ernährungsgewohnheiten

8.1 Appetit und Ernährungsweise

8.1.1 Wie ist Dein Appetit in den letzten 2 Wochen?

☐ Sehr schlecht
☐ Schlecht
☐ Neutral
☐ Gut
☐ Sehr gut

8.1.2 Bitte nenne Deine Ernährungsweise.

☐ Mischkost
☐ Vegetarier
☐ Veganer
☐ _____

8.1.3 Wie sind Deine Essgewohnheiten bezüglich Regelmäßigkeit?

☐ sehr regelmäßig
☐ sehr unregelmäßig
☐ _____

8.1.4 Wie oft isst Du Fertiggerichte?

☐ Nie - kommt nicht auf den Teller
☐ Selten
☐ Häufig
☐ (Fast) immer Fertiggerichte
☐ _____

8.2 Obst, Gemüse, Süßigkeiten und Getränke

8.2.1 Wie viele Portionen Obst und Gemüse isst Du pro Tag?

- ☐ 5 oder mehr
- ☐ 3-4 Portionen
- ☐ 1-2 Portionen
- ☐ Fast nie

8.2.2 Wie oft isst Du Süßigkeiten (Schokolade, Kuchen, usw.)?

- ☐ weniger als einmal pro Woche
- ☐ mehrmals pro Woche
- ☐ täglich oder fast täglich
- ☐ mehrmals täglich

8.2.3 Wie viele Süßgetränke (Cola, Fanta, gesüßter Eistee) oder Säfte (Orangensaft, Apfelsaft) trinkst Du pro Tag?

- ☐ Keine
- ☐ Weniger als 0,5 Liter
- ☐ mehr als 0,5 Liter aber weniger als 1 Liter
- ☐ mehr als 1 Liter

8.2.4 Hältst Du Dich zur Zeit an eine bestimmte Diät oder ein Ernährungsprogramm (Proteinshakes, Low Fat, Low Carb usw.)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ _____

8.3 Nahrungsmittelvermeidung, Gewicht und Heißhunger

8.3.1 Vermeidest Du irgendwelche bestimmten Nahrungsmittel?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

8.3.2 Bitte nenne die Lebensmittel die Du meidest und warum?

_____

_____

8.3.3 Wie hat sich Dein Gewicht in den letzten 6 Monaten entwickelt?

- ☐ Unverändert
- ☐ Abgenommen
- ☐ Zugenommen
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

8.3.4 Bevorzugst Du bestimmte Lebensmittel bzw. hast Du verstärkten Appetit (Heißhunger) auf diese Nahrungsmittel?

- ☐ Heißhunger auf Süßes
- ☐ Heißhunger auf salzige Lebensmittel
- ☐ Heißhunger auf Schokolade
- ☐ Koffein
- ☐ Sonstiges

9. Familiäre, soziale und berufliche Situation

9.1 Familienstand, Kinder und Wohnsituation

9.1.1 Wie ist Dein Familienstand?

- ☐ Ledig
- ☐ Verheiratet
- ☐ Feste Partnerschaft
- ☐ Geschieden oder getrennt lebend
- ☐ Verwitwet

9.1.2 Hast Du Kinder?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

9.1.3 Wie viele Kinder hast Du?

9.1.4 Wo wohnst Du?

- ☐ Eigene Wohnung oder Haus
- ☐ Wohngemeinschaft
- ☐ Bei Partner
- ☐ Bei Eltern
- ☐ Bei Kindern
- ☐ Pflege- oder Altersheim
- ☐ Kein fester Wohnsitz

9.2 Haushalt, soziales Umfeld und Beruf

9.2.1 Mit wem lebst Du zusammen?

- ☐ Alleine
- ☐ Mit (Ehe-) Partner/-in
- ☐ Mit Kindern
- ☐ Mit Verwandten
- ☐ Mit Freunden

Soziales Umfeld

9.2.3 Welcher Beschäftigung gehst Du nach?

- ☐ Berufstätig, Vollzeit
- ☐ Berufstätig, Teilzeit
- ☐ Hausfrau/Hausmann
- ☐ Schüler(in)
- ☐ Student(in)
- ☐ Berentet
- ☐ Frühberentet
- ☐ Arbeitslos
- ☐

9.2.3 Welchen Beruf übst Du aus?

10. Behandlung, Medikamente, Antibiotika und Nahrungsergänzung

10.1 Behandlung, Ursachen, Vorbefunde und Antibiotika in der Kindheit

10.1.1 Bist Du wegen einer der o.g. Erkrankungen bzw. Beschwerden bereits in Behandlung?

☐ Ja
☐ Nein

10.1.2 Welche Ursache(n) vermutest Du selbst als Auslöser Deiner Beschwerden?

Wichtige Information zu Vorbefunden und Arztberichten Bitte übermittle uns alle Vorbefunde, insbesondere Facharztbefunde und Arztberichte. Laborbefunde bitte nicht älter als 6 Monate. Medikamente können die Gesundheit verbessern, aber auch negativ die Gesundheit beeinflussen. In dieser Rubrik würde ich gerne von Dir erfahren, ob Du in der Vergangenheit regelmäßig und über einen längeren Zeitraum Medikamente eingenommen hast.

10.1.3 Erinnerst Du Dich an häufige Infekte und Antibiotikatherapien in der Kindheit?

☐ Ja
☐ Nein

10.2 Antibiotikatherapien

10.2.1 Hast Du in den vergangenen 5 Jahren häufig Antibiotika verordnet bekommen?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Ich bin mir nicht sicher.

10.2.2 Wie oft wurden in den letzten 5 Jahren Antibiotika verordnet?

☐ mehr als 3 mal
☐ mehr als 10 mal
☐ Dauertherapie (z.B. bei chronischer Borreliose)

Medikamente

10.2.3 Hast Du ein Antibiotikum (Fluorchinoline) wie z.B. Ciprofloaxin, Norfloaxin oder ein ähnliches Präparat erhalten?

☐ Ja
☐ Nein
☐ Ich bin mir nicht sicher.
☐

10.3 Weitere Medikamente, Nahrungsergänzung und Männergesundheit

10.3.1 Welche weiteren Medikamente hast Du regelmäßig und über einen längeren Zeitraum eingenommen (Mehrfachauswahl möglich)?

- ☐ Steroide wie Cortison, Prednison
- ☐ Antirheumatika wie Diclofenac, Ibuprofen, Aspirin
- ☐ Magensäureblocker (Protonenpumpenhemmer)
- ☐ Cholesterinsenker (Statine)
- ☐ Pille - orale Kontrazeptiva
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ Keine regelmäßigen Medikamente
- ☐

10.3.2 Nimmst Du aktuell regelmäßig Medikamente ein?
Wann ja, liste sie bitte auf: Was, Dosis, wie oft und wie lange schon?

10.3.3 Nimmst Du aktuell Nahrungsergänzungsmittel ein?
Wann ja, liste sie bitte auf: Was, Dosis, wie oft und wie lange schon?

Nun folgen einige Fragen zur Männergesundheit.

11. Männergesundheit

11.1 Symptome und Prostatavorsorge

11.1.1 Du siehst eine Liste an Symptomen.
Welche Symptome treffen auf Dich zu? Mehrfachauswahl möglich.

11.1.2 Hat sich Dein allgemeines Wohlbefinden verschlechtert?

11.1.3 Leidest Du an Ein- und/oder Durchschlafstörungen?

11.1.4 Hat DeineTatkraft nachgelassen und fehlt Dir die Lust zu Unternehmungen?

11.1.5 Bist Du nervöser und empfindest Du eine innere Unruhe?

11.1.6 Hat Deine Konzentration nachgelassen?

11.1.7 Hat sich Dein Bartwuchs vermindert?

11.1.8 Hast Du eine Abnahme Deiner Muskelkraft bemerkt?

11.1.9 Hat die Zahl der morgendlichen Erektionen abgenommen?

11.1.10 Hast Du bemerkt, dass Deine Libido, die Lust auf Sexualität nachgelassen hat?

11.1.11 Hast Du festgestellt, dass Deine Potenz/Erektionsfähigkeit nachgelassen hat?

11.1.12 Hast Du Gelenk- und/oder Gliederschmerzen bemerkt?

11.1.13 Leidest Du häufig unter starkem Schwitzen?

☐

11.1.14 Wurde ein PSA-Screening zur Früherkennung einer Prostatavergrößerung durchgeführt?

☐ Ja
☐ Nein
☐

12. Umweltbelastungen, Infekte und Haustiere

12.1 Harndrang, Chemikalien und Schimmel

12.1.1 Hast Du einen nächtlichen oder gehäuften Harndrang (Blasenschwäche)?

- ☐ Nein
- ☐ Nächtliches Wasserlassen einmal
- ☐ Nächtliches Wasserlassen 2-5 mal

12.1.2 Vermutest Du, dass Schadstoffe oder Umwelteinflüsse Deine Beschwerden verursachen könnten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

12.1.3 Ist Dir bekannt, ob Du je gefährlichen Chemikalien ausgesetzt warst, wie

- ☐ Nein, ist mir nicht bekannt
- ☐ Friseurpräparate/Haarbehandlungsmittel
- ☐ Pflanzenschutzmittel
- ☐ Lösungsmittel/Reinigungsmittel/Klebstoffe
- ☐ Schwermetalle
- ☐

12.1.4 Lebst oder hast Du in einem feuchten/schimmeligen Umfeld gelebt (z.B. Schimmelbefall der Wände oder ähnliches)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

12.2 Fremdmaterial, Impfreaktionen, Infekte und Haustiere

12.2.1 Wurde bei einem operativen Eingriff Fremdmaterial eingebracht (Schraube, Schiene, Klammer usw.)?

- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Ich bin mir nicht sicher.

12.2.2 Traten bei einer Impfung Impfkomplikationen auf?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Infektion/Infektanfälligkeit

12.2.3 Leidest Du an wiederkehrenden Infektionen bzw. an einer Infektanfälligkeit?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

12.2.4 Hast Du ein Haustier?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

12.2.5 Welche(s) Haustier(e) hast Du?

13. Seelische Belastungen, Bewegung und Lebensstil

13.1 Seelische Belastungen und körperliche Fitness

13.1.1 Warst Du in der letzten Zeit besonderen seelischen Belastungen ausgesetzt? Mehrfachauswahl möglich.

- ☐ Partnerschaftskonflikte
- ☐ Probleme mit den eigenen Kindern
- ☐ Probleme mit Eltern/Schwiegereltern
- ☐ Schwere Erkrankungen
- ☐ Tod eines Verwandten oder Partners
- ☐ Probleme im Beruf
- ☐ Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit
- ☐ _____

13.1.2 Wie beurteilst Du Deine körperliche Fitness im Vergleich zu anderen in Deinem Alter?

- ☐ Sehr schlecht
- ☐ Schlecht
- ☐ Neutral
- ☐ Gut
- ☐ Sehr gut

13.2 Berufliche Bewegung, Schritte und Sitzdauer

13.2.1 Beschreibe bitte Deine berufliche Tätigkeit im Hinblick auf den Bewegungsumfang.

- ☐ überwiegend sitzend
- ☐ überwiegend stehend
- ☐ teils sitzend/teils stehend
- ☐ Auto/Bus/LKW fahren
- ☐ relativ viel Bewegung
- ☐ schwere körperliche Arbeit
- ☐ _____

13.2.2 Wie viele Schritte läufst Du pro Tag?

- ☐ unter 5000 Schritte
- ☐ 5000 - 10.000 Schritte
- ☐ über 10.000 Schritte
- ☐ _____

13.2.3 Sitzende Tätigkeit - Wie viele Stunden sitzt Du am Tag?

- ☐ unter 2 Stunden
- ☐ 2-4 Stunden pro Tag
- ☐ > 4 Stunden pro Tag
- ☐ _____

13.3 Körperliche Aktivität und Sportumfang

13.3.1 Welche Art von körperlicher Aktivität betreibst Du?

- ☐ Alltägliche Routinetätigkeit (Haushalt, Einkauf, Gartenarbeit)
- ☐ Geplante Bewegungen (Spazierengehen, Radfahren in der Ebene, Golf)

- [ ] Sport (Laufen, Schwimmen, Fitnessstudio, Mountainbiken, Rennrad)
- [ ] Leistungssport
- [ ] Ich bin körperlich inaktiv
- [ ]

13.3.2 Wie beurteilst Du Deine körperliche Aktivität im Hinblick auf Ausdauertraining (Radfahren, Laufen, Schwimmen)?

13.3.3 Wie beurteilst Du Deine körperliche Aktivität im Hinblick auf Deine Beweglichkeit?

- [ ] Bitte schätze die Dauer Deiner sportlichen Aktivität.
- [ ] selten
- [ ] 30 min/Woche
- [ ] 1-2 Stunden/Woche
- [ ] bis 5 Stunden/Woche
- [ ] über 5 Stunden/Woche

13.4 Rauchen, Alkohol, Kaffee und Diätgetränke

13.4.1 Rauchst Du?

- [ ] Ja
- [ ] Nein
- [ ] Nicht mehr
- [ ]

13.4.2 Wie oft trinkst Du Alkohol?

- [ ] Nie
- [ ] Höchstens einmal pro Monat
- [ ] 2-4 mal pro Monat
- [ ] 2-3 mal pro Woche
- [ ] mind. 4 mal pro Woche

13.4.3 Wie oft trinkst Du Kaffee?

- [ ] Nie
- [ ] Höchstens 1 Tasse pro Tag
- [ ] 2-4 Tassen pro Tag
- [ ] mindestens 5 Tassen am tag

13.5 Diätgetränke

13.5.1 Wie viel Diät-Limonade trinkst Du?

- ☐ Höchstens einmal pro Monat
- ☐ 2-4 mal pro Monat
- ☐ 2-3 mal pro Woche
- ☐ mind. 4 mal pro Woche
- ☐ täglich
- ☐ täglich mehr als einen Liter

Abschließende Mitteilung

Vielen Dank für das Ausfüllen des PureLiving100-Gesundheitsfragebogens.

Ich bedanke mich ganz herzlich für Dein Vertrauen.

Peter Kammermeier

Projektleiter und Geschäftsführer
Mobil-DE: +49-152-33730869
Mobil-GR: +30-697-0630372
E-Mail peter@pureliving100.de

PureLiving100® -Gesundheitsprojekt

Bewusst wachsen - Gesund leben - Glücklich sein
www.pureliving100.de