



**Aktiv-Team**

\*gesund-schön-fit - machen Sie mit?\*

## **Vitalanalyse**

**Fakt ist: Ca. 65 % aller Krankheiten sind u. a. auf eine mangelhafte Ernährung zurückzuführen.**

### **Wie gesund sind Sie? Welche Nährstoffe fehlen Ihnen?**

In der Vorsorgemedizin wird der Ernährung ein immer höherer Stellenwert beigemessen, und vieles spricht dafür, dass unsere Nahrung sogar der Schlüssel zu unserer Gesundheit und Vitalität ist und eine wesentliche Rolle bei der Verhinderung und Heilung von Erkrankungen spielt. Mittlerweile jedoch haben Stress und viele andere Belastungen des modernen Lebens zu zahlreichen Gesundheits-Problemen geführt - Grund genug, auch die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Ernährung zu erforschen. Trotz der großen Auswahl an Lebensmittel, über die wir verfügen, essen wir nicht immer das Richtige. Aber gesundes Essen ist wegen seines Nährstoffgehaltes entscheidend für unser Wohlbefinden.

Die Ernährungstherapie befasst sich mit den Ursachen mangelnder Gesundheit. Sie empfiehlt Nährstoffe zur Behandlung bestimmter Krankheiten und hilft uns, Lebensmittel zu vermeiden, die Allergien auslösen können.

In die Berechnung Ihres persönlichen Nährstoffbedarfs gehen Ihre Lebensweise und die körperlichen Anzeichen und Symptome ein, die mit einem Nährstoffmangel zusammenhängen. Beantworten Sie die Fragen, so gut Sie können. Jedes Vitamin hat verschiedene Symptome. Haben Sie eines oder mehrere davon, so machen Sie bitte jeweils ein Kreuz davor. Viele Symptome tauchen mehr als einmal auf, weil ein Mangel an verschiedenen Nährstoffen sie auslösen kann.

Bitte füllen Sie alle Fragebögen sorgfältig aus und schicken diese an uns zurück.

Die Bearbeitung dauert nur wenige Tage. Diese persönliche Gesundheitsanalyse ist immer für eine Person. Möchten Sie mehr Analysen, z.B. von Familienmitgliedern oder Verwandten, so fordern Sie bitte die benötigten Analysen bei uns an. Diese Analysen und Profile werden vom Büro der Ernährungsberatung- >Aktiv-Team/Allgäu< erstellt.

Dipl.-Ernährungsberater: Kay Thomma, Sonthofenerstr. 58, D-87544 Blaichach, Tel. 08321/4332  
Fax: 08321/4332, Funk: 0172-8226347; E-Mail: kaythomma@aol.com

**Achtung: Die Analyse ist für Sie kostenlos!**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Festnetz-Tel.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Alter:** \_\_\_\_\_

**Gewicht / kg:** \_\_\_\_\_

**Größe / cm:** \_\_\_\_\_

**Berater-ID-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Ihre Kontaktperson:** Jochem Weber e-Mail-Adresse: gesundheits-center@gmx.de

**ID-Nr.: 61669**

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Name des Medikaments: ( <i>Beispieltablette</i> )	Dosierung: ( <i>1/2 Tabl.</i> )	wie oft: ( <i>2 x tgl.</i> )	welche Krankheit: ( <i>Bluthochdruck</i> )
--	------------------------------------	---------------------------------	---

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Nährstoffprofil

Befindlichkeitsstörungen a)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nachtblindheit          | <input type="checkbox"/> Empfindliche Muskeln   |
| <input type="checkbox"/> Akne                    | <input type="checkbox"/> Augenschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> Trockene schuppige Haut | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit            |
| <input type="checkbox"/> Schuppen                | <input type="checkbox"/> Kribbeln in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Durchfall               | <input type="checkbox"/> Schneller Herzschlag   |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen     | <input type="checkbox"/> Magenschmerzen         |

Befindlichkeitsstörungen b)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit   | <input type="checkbox"/> Energiemangel         |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star            | <input type="checkbox"/> Durchfall             |
| <input type="checkbox"/> Stumpfes fettiges Haar | <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit       |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme oder Dermatitis | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Brüchige Nägel         | <input type="checkbox"/> Schlechtes Gedächtnis |
| <input type="checkbox"/> Rissige Lippen         | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit           |

Befindlichkeitsstörungen c)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muskelzittern        | <input type="checkbox"/> Ödeme                  |
| <input type="checkbox"/> Apathie              | <input type="checkbox"/> Kribbeln in den Händen |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel | <input type="checkbox"/> Depressionen           |
| <input type="checkbox"/> Energiemangel        | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit            |
| <input type="checkbox"/> Zähneknirschen       | <input type="checkbox"/> Muskelzittern          |

Befindlichkeitsstörungen d)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen  | <input type="checkbox"/> Arthritis        |
| <input type="checkbox"/> Energiemangel        | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen  |
| <input type="checkbox"/> Nasenbluten          | <input type="checkbox"/> Karies           |
| <input type="checkbox"/> Langsame Wundheilung | <input type="checkbox"/> Haarausfall      |
| <input type="checkbox"/> Leicht blaue Flecken | <input type="checkbox"/> Schwache Knochen |

Befindlichkeitsstörungen e)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung nach leichtem Sport | <input type="checkbox"/> Dermatitis             |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern                     | <input type="checkbox"/> Schlechtes Haarbild    |
| <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit                 | <input type="checkbox"/> Vorzeitig graues Haar  |
| <input type="checkbox"/> Verlust des Muskeltonus         | <input type="checkbox"/> Appetitmangel/Übelkeit |

Befindlichkeitsstörungen f)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schlechter Geschmacksinn | <input type="checkbox"/> Trockenes Haar/Schuppen  |
| <input type="checkbox"/> Häufige Infektionen      | <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten      |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsstreifen | <input type="checkbox"/> Hoher Cholesterinspiegel |

Akne oder fettige Haut

Ödeme

Befindlichkeitsstörungen g)

Blasse Haut

Muskelkrämpfe

Müdigkeit/Lustlosigkeit

Hoher Blutdruck

Übelkeit/Appetitverlust

Gelenkschmerzen

Schmerzende Zunge

Karies

Befindlichkeitsstörungen h)

Krebs in der Familie

Muskelschwäche

Anzeichen für vorzeitiges Altern

Schlaflosigkeit

Grauer Star

Epileptische Anfälle

Hoher Blutdruck

Schneller Herzschlag

Sollten Sie eine der unten aufgeführten Krankheiten haben, so kreuzen Sie diese bitte an.  
Wir erstellen Ihnen dann ein persönliches Ernährungsprofil mit einem Nahrungsergänzungs-Menü.

Akne

Alkoholismus

Allergien

Angina pectoris

Arthritis

Asthma

Blasenentzündungen

Bluthochdruck

Bronchitis

Brustkrebs

Candida-Mykose

Chronische Erschöpfung

Depression

Dickdarmentzündung

Dermatitis

Diabetes

Ekzeme

Erkältung und Grippe

Fettleibigkeit

Gallensteine

Gicht

Haarprobleme

Heuschnupfen

Krampfadern

Magengeschwüre

Muskelschmerzen-/Krämpfe

Reizdarm

Schilddrüsenprobleme

Schlafstörungen

Verdauungsstörungen

## Energieprofil

- Benötigen Sie mehr als acht Stunden Schlaf pro Nacht?
- Sind Sie innerhalb von 20 Minuten nach dem Aufstehen ganz wach?
- Brauchen Sie etwas, um morgens in die Gänge zu kommen, wie z.B.: Kaffee, Zigaretten?
- Fühlen Sie sich tagsüber oft müde oder schläfrig?
- Wird Ihnen schwindelig oder werden Sie reizbar, wenn Sie sechs Stunden nichts gegessen haben?
- Vermeiden Sie sportliche Aktivitäten, weil Sie keine Energie haben?
- Schwitzen Sie nachts oder tagsüber viel, oder werden Sie durstig?
- Verlieren Sie manchmal die Konzentration, oder ist Ihr Kopf manchmal völlig leer?
- Haben Sie heute weniger Energie als früher?

## Stressprofil

- Haben Sie Schuldgefühle, wenn Sie sich entspannen?
- Haben Sie ständig das Bedürfnis, anerkannt zu werden oder etwas zu leisten?
- Sind Ihre Lebensziele Ihnen nicht klar?
- Konkurrieren Sie gerne?
- Arbeiten Sie härter als die meisten anderen Leute?
- Erledigen Sie oft zwei oder drei Aufgaben gleichzeitig?
- Werden Sie ungeduldig, wenn Menschen oder Dinge Sie aufhalten?
- Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Einschlafen?
- Schlafen Sie unruhig?

## Herz-Kreislauf-Profil

- Haben Sie einen Blutdruck von über 140/90?
- Haben Sie nach 15 Minuten Ruhe einen Puls von über 75?
- Liegt Ihr Gewicht mehr als 7 Kilo über Ihrem Idealgewicht?
- Rauchen Sie mehr als 5 Zigaretten täglich?
- Treiben Sie weniger als 2 Stunden wöchentlich intensiv Sport?
- Essen Sie mehr als einen Esslöffel Zucker am Tag?
- Essen Sie mehr als fünfmal wöchentlich Fleisch?

- Salzen Sie Ihre Speisen?
- Trinken Sie mehr als zwei alkoholische Getränke täglich?
- Sind in Ihrer Familie Herzkrankheiten oder Diabetes aufgetreten?

**Immunprofil**

- Haben Sie mehr als drei Erkältungen pro Jahr?
- Fällt es Ihnen schwer, eine Infektion abzubiegen?
- Neigen Sie zu Blasenentzündung?
- Nehmen Sie im Allgemeinen zwei- oder mehrmals jährlich Antibiotika
- Hatten Sie im letzten Jahr einen größeren persönlichen Verlust?
- Ist in Ihrer Familie Krebs aufgetreten?
- Hatten Sie Tumore oder Knoten, die entfernt oder entnommen wurden
- Haben Sie eine entzündliche Krankheit (Ekzeme, Asthma, Arthritis)?
- Leiden Sie unter Heuschnupfen?
- Leiden Sie unter allergischen Problemen?

**Weitere Informationen:**

---

---

---

---

---

---

---

Ihre Antworten werden alle vertraulich behandelt und nicht gespeichert!  
Ihre Daten werden auch nicht an Dritte weitergegeben!