

## Allgemeines

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen bezeichnen?

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- nicht so gut

2. Treiben Sie Sport?

- jeden Tag
- mehrmals die Woche
- 1-mal die Woche
- nie

3. Hat Ihr Arzt Ihnen Vitamine zur Ernährung empfohlen?

- ja
- nein

## Ernährung

4. Essen Sie unter Zeitdruck?

- nie
- etwa 1-mal die Woche
- mehrmals die Woche
- 1-mal am Tag

5. Machen Sie Diäten?

- nie
- selten
- nur Blitzdiät, wenn es kneift
- mehrmals im Jahr

6. Wie oft essen Sie Vollkornprodukte?

- jeden Tag
- mindestens 1-mal die Woche
- etwa 1- bis 3-mal im Monat
- nie

7. Wie oft essen Sie Gemüse?

- jeden Tag
- mindestens 1-mal die Woche
- etwa 1- bis 3-mal im Monat
- nie

8. Wie oft essen Sie Obst?

- jeden Tag
- mindestens 1-mal die Woche
- etwa 1- bis 3-mal im Monat
- nie

9. Wie oft essen Sie Fisch und Fleisch?

- jeden Tag
- mindestens 1-mal die Woche
- etwa 1- bis 3-mal im Monat
- nie

10. Wie oft konsumieren Sie Milch/Milchprodukte?

- jeden Tag
- mindestens 1-mal die Woche
- etwa 1- bis 3-mal im Monat
- nie

11. Wie oft konsumieren Sie fettige Nahrungsmittel oder Sahne?

- jeden Tag
- mindestens 1-mal die Woche
- etwa 1- bis 3-mal im Monat
- nie

12. Wie oft konsumieren Sie Eier?

- jeden Tag
- mindestens 1-mal die Woche
- etwa 1- bis 3-mal im Monat
- nie

**Gesundheit**

13. Wie oft waren Sie in diesem Winter erkältet?\*

- nie
- 1-mal
- etwa 2- bis 4-mal
- mehr als 4-mal

14. Haben Sie Kreislauf- oder Blutdruckbeschwerden?

- nein
- etwa 1-mal im Monat
- etwa 1-mal pro Woche
- mehrmals pro Woche

### **Risikofaktoren**

15. Nehmen Sie die Anti-Baby-Pille?

- ja
- nein

16. Fühlen Sie sich oft müde oder gestresst?

- nie
- etwa 1-mal die Woche
- mehrmals die Woche
- fast immer

17. Rauchen Sie?

- nein
- ja, wöchentlich bis 10 Zigaretten
- ja, täglich etwa 10-20 Zigaretten
- ja, täglich mehr als eine Packung Zigaretten

18. Trinken Sie Alkohol?

- nie
- 1-mal die Woche
- etwa 1-mal täglich
- mehr als 1-mal täglich