

Der Fragebogen zu Omega-3-Fettsäuren

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu Ihrem ersten Arzt- oder Therapeutenbesuch mit.

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| Vorname/Name | | | Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Ihr Geburtsdatum? | <input type="text"/> TT | <input type="text"/> MM | <input type="text"/> JJJJ | Stillen Sie? | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Welches Geschlecht haben Sie? | <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich | | Gewicht | <input type="text"/> | |
| | | | Größe | <input type="text"/> | |

Erkrankungen und Beschwerden: Leiden Sie an einem oder mehreren der folgenden Beschwerden? Bitte zutreffendes ankreuzen.

| | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| Allergien | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Tumorerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wundheilungsstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Hatten Sie in naher Vergangenheit schwere Verletzungen und/oder Verbrennungen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Durchblutungsstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Störungen des Immunsystems | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| erhöhter Cholesterin-Spiegel | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Unfruchtbarkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wie hoch ist der Gesamtcholesterin-Wert? | <input type="text"/> | | Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wie hoch ist der HDL-Wert? | <input type="text"/> | | gestörte Sehkraft | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wie hoch ist der LDL-Wert? | <input type="text"/> | | Haarausfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wie hoch ist der Triglycerid-Wert? | <input type="text"/> | | Leber- und/oder Gallenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| erhöhter Blutdruck | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Magen-, Darmerkrankungen | | |
| Wenn ja, wie hoch war der letzte gemessene Wert? | <input type="text"/> | | Morbus Crohn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herz-Kreislauferkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Colitis Ulcerosa | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | entzündlichen Hauterkrankungen | | |
| Hyperaktivität | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Neurodermitis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Konzentrationsschwäche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Psoriasis | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| häufige Kopfschmerzen/Migräne | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Akne | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Multiple Sklerose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | bei Kindern | | |
| neurologischen Störungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | vermindertes Ganzkörperwachstum und ungenügende Entwicklung des Gehirns | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Arthrose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Verringerung der Lernfähigkeit | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Prämenstruelles Syndrom | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |
| Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | | | |

Medikamenten-Einnahme: Nehmen Sie ein Medikament der unten aufgeführten Medikamentengruppen? Bitte zutreffendes ankreuzen.

| | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Antirheumatika | <input type="radio"/> sonstige |
| <input type="radio"/> Ciclosporin | |
| <input type="radio"/> Corticosteroide | Nehmen Sie Vitamin- und Mineralstoffpräparate ein? |
| <input type="radio"/> Warfarin | Wenn ja, welche? |
| <input type="radio"/> CSE-Hemmer | <input type="text"/> |

Bitte nennen Sie uns Ihre Ernährungsgewohnheiten

Ernähren Sie sich streng vegetarisch? ja neinVegan? ja neinEssen Sie häufig in Kantinen oder im Schnellimbiss? selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Ernähren Sie sich einseitig von Fertiggerichten, Konserven oder Fast Food? selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Ernähren Sie sich abwechslungsreich und vielseitig (Gemüse, Kartoffeln, Salate, Obst, Getreide, Fisch, Geflügel, Milch und Milchprodukte)? selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Essen Sie Fisch? selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)

Wie häufig essen Sie Fisch, der besonders reich an Omega-3-Fettsäuren ist?

Thunfisch selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Hering selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Lachs selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Aal selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Makrele selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Sardine selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Forelle selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Karpfen selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)

Wie häufig verwenden Sie zum Anmachen von Salaten oder zum Braten pflanzliche Öle, die reich an Omega-3-Fettsäuren sind?

Rapsöl selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Leinöl selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Walnussöl selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Sojaöl selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)

Wie häufig verwenden Sie zum Anmachen von Salaten oder zum Braten pflanzliche Öle, die reich an Omega-6-Fettsäuren sind?

Sonnenblumenöl selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Distelöl selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Maiskeimöl selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)

Risikofaktoren/Lebensstil

Sind Sie Raucher? ja Zigaretten/Tag
 neinWie oft trinken Sie Alkohol? selten
 gelegentlich (1–2x /Woche)
 täglich (mind. 5x/Woche)Treiben Sie Sport oder üben Sie eine schwere körperliche Tätigkeit aus? ja Stunden/Woche
 neinHaben Sie in letzter Zeit Gewichtsreduktionsdiäten gemacht? ja neinStehen Sie privat oder beruflich unter Stress? ja nein