



Dein Wegweiser zur Ganzheitlichen Gesundheit mit Effektiven Mikroorganismen

01/08 Fragenkatalog

Name

E-Mail

01 Trinken Sie täglich mind. 1,5 Liter stillen Wasser oder Kräutertee? ja nein

02 Haben Sie eine Unverträglichkeit gegen Käse, Sauerkraut, Bier, Rotwein, Sekt, Tomaten, Essig, Essiggurken, Ananas, Nüsse, fermentiertes? ja nein

03 Haben Sie Lebensmittelunverträglichkeiten, wie z.B. Gluten, Glucose, Laktose- und/oder Fructoseintoleranz? ja nein

04 Wie ernähren Sie sich? Mischkost vegetarisch vegan
Essen Sie zwei bis 3 mal im Monat Fisch? ja nein

05 Haben oder hatten Sie in Ihrer Wohnung eine Belastung mit Schimmel? ja nein

06 Leiden Sie oft an... Müdigkeit oder fühlen sich schlapp
 unerklärlichem Schwitzen oder Schweißfüßen oder an Haarausfall?

07 Leiden Sie an Übergewicht oder unregelmäßigem Stuhlgang? ja nein

08 Haben Sie Gelenk- oder Knochenbeschwerden, Rheuma, Gicht oder wurde eine Krebsbehandlung durchgeführt? ja nein

Name

- 09 Leiden Sie unter
- Schlafstörungen?**
 - Nervosität oder Stimmungsschwankungen?**
 - erhöhtem Blutdruck?**
 - Kopfschmerzen?**
 - grauer Star oder Makula-Degeneration?**

- 10 Haben Sie Sodbrennen, saures Aufstoßen, öfter einen Druck im Oberbauch oder Reizungen im Hals?
- ja** **nein**
- gelegentlich**

- 11 Leiden Sie unter
- Durchfall?**
 - Blähungen?**
 - einem Reizdarm?**
 - Problemen mit der Darmschleimhaut?**

- 12 Haben Sie Leaky-Gut-Syndrom, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa oder einen chronisch entzündlichen Darm?
- ja** **nein**

- 13 Haben Sie Blähungen, Verstopfung oder wechselnden Stuhlgang mit Durchfällen?
- ja** **nein**

- 14a Über Ihren Darm:
- benötigen Sie mehr als 3 Blättchen Toilettenpapier**
 - der Stuhl hinterlässt Spuren in der Kloschüssel?**
 - der Stuhl riecht sehr stark**
 - der Stuhl ist keine wohlgeformte Wurst**
 - Haben Sie eine schlechte Absorption (Nährstoffaufnahme)?**

Name

14b

Haben Sie mehrmals die Woche Heißhunger auf Süßes?

15 Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Darmreinigung durchgeführt? **ja** **nein**

16 Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monate eine Antibiotika Therapie durchgeführt? **ja** **nein**

17 Sind Ihnen erhöhte Blutzuckerwerte bekannt? Erste Anzeichen sind Abgeschlagenheit, vermehrtes Wasserlassen und starker Durst! **ja** **nein**

18 Haben Sie einen trägen Darm, vor allem keinen täglichen Stuhlgang? **ja** **nein**

19 Haben Sie Zahnfleischprobleme, Neurodermitis, Akne, Pilzerkrankung der Haut, Schuppenflechte, öfter Halsschmerzen oder Aphten oder Herpes? **ja** **nein**

20 Leiden Sie unter Parodontose, Karies, Halsschmerzen oder Entzündungen in Mund und Rachen? **ja** **nein**

21 Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen, psychischen Problemen oder Stress? **ja** **nein**

22 Haben Sie Probleme mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus, also Ein- oder Durchschlafprobleme, bzw. sind Sie morgens nicht gleich fit? **mehrmals wöchentlich** **jede Nacht**
 gelegentlich **nein**

23 Haben Sie Stress, Stimmungsschwankungen, Gedächtnis- oder Schlafstörungen? **ja** **nein**

Name

24 Haben Sie schon einmal eine Schwermetallausleitung gemacht oder wurden Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? ja nein

25 Leiden Sie unter Müdigkeit, haben Sie oft Schlafstörungen zwischen 2 und 3 Uhr nachts oder sind Ihnen erhöhte Leber-Werte bekannt? ja nein

26 Ernähren Sie sich überwiegend BIO? ja nein

Vitalstofffragen

01 Ist Ihnen ein erhöhter Harnsäurespiegel bekannt oder leiden Sie unter Gicht oder haben Sie Schmerzen in den Gelenken? ja nein

02 Leiden Sie unter erhöhtem Blutdruck oder haben Sie Herz-Kreislaufprobleme? ja nein

03 Leiden Sie unter dauerhaften Schmerzen in den Gelenken und Knochen? ja nein

04 Haben Sie Probleme mit der Haut, den Gefäßen oder mit dem Bindegewebe? ja nein

05 Haben Sie Entzündungen im Körper?
 eine trockene Haut?
 Neurodermitis?

06 Haben Sie gelegentlich Muskelkrämpfe oder ist Ihnen ein Mineralienmangel bekannt? ja nein

Name

- 07 Leiden Sie oft an
- Erkältung (2 x im Jahr und häufiger)?**
 - Energielosigkeit?**
 - geschwächten Muskeln oder Bindegewebe?**
 - brüchigen Nägeln oder Haare?**
- 08 Haben Sie eine trockene, schuppige Haut, Ekzeme, Haarausfall oder brüchige Fingernägel? **ja** **nein**
- 09 Haben Sie...
- Kribbeln in Armen und Beinen?**
 - Taubheitsgefühle auf der Haut?**
 - Brennen auf der Zunge?**
 - ingerissene Mundwinkel?**
 - Schwindel bzw. Konzentrationsstörungen?**
- 10 Leiden Sie an Problemen mit dem Herz-Kreislauf-System, wie z.B. erhöhter Blutdruck? **ja** **nein**
- 11 Haben Sie Probleme mit den Blutgefäßen und der Gefäßelastizität? **ja** **nein**
- 12 Leiden Sie unter Rheuma, Arthrose und Entzündungen in den Gelenken? **ja** **nein**
- 13 Leiden Sie unter chronischen Entzündungen und Schmerzen? **ja** **nein**
- 14 Haben Sie Disbalancen im Bereich...
- Cholesterin- oder Glukosespiegel?**
 - im Herz- und Gefäßsystem?**
 - der Leberfunktion?**

Name

15 Leiden Sie unter...

- Migräne?**
- Tinnitus?**
- Morbus Crohn?**
- Colitis Ulcerosa**
- Neurodermitis oder an Psoriasis?**

16 Gewohnheiten und
Medikamente

- Essen Sie kaum Obst und nur wenig Gemüse?**
- Rauchen Sie?**
- nutzen Sie die Verhütungspille?**
- ASS oder Diabetes Medikamente?**

17 Leiden Sie an Magengeschwüren oder einer
Magenschleimhautentzündung? **ja** **nein**

18 Aktivitäten und Medikamente:

- Betreiben Sie sportliches Training oder harte körperliche Arbeit?**
- Haben Sie Lern- und Konzentrationsstörungen?**
- Nutzen Sie die Antibabypille, nutzen Sie Schilddrüsenhormone, benötigen Sie Antidepressiva?**
- benötigen Sie öfter Antibiotika? (1 bis 2 x im Jahr)**
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder Kaffee oder sind Sie Raucher?**

Name

19 Sind Sie mehrfach krank im Jahr, vor allem in den Wintermonaten? ja nein

20 Leiden Sie oft unter Muskelkrämpfen? ja nein

21 Sind Sie übergewichtig und leiden unter Stoffwechselproblemen? ja nein

22 Sonstiges:

Weitere Fragen

01 Sind Sie aktuell an Covid erkrankt? ja nein

02 Leiden Sie unter Long-Covid Symptome? ja nein

03 Wünschen Sie Tipps zur Reduzierung der Ansteckung in den privaten Räumen? ja nein

04 Können Sie sich nicht gegen Covid impfen lassen? ja nein

05 Sind Sie gegen Covid geimpft? ja

1. Impfung	2. Impfung	Booster
<input type="radio"/> BionTech/Pfizer	<input type="radio"/> BionTech/Pfizer	<input type="radio"/> BionTech/Pfizer
<input type="radio"/> AstraZeneca	<input type="radio"/> AstraZeneca	<input type="radio"/> AstraZeneca
<input type="radio"/> Novavax	<input type="radio"/> Novavax	<input type="radio"/> Novavax
<input type="radio"/> Johnson & Johnson	<input type="radio"/> Johnson & Johnson	<input type="radio"/> Johnson & Johnson
<input type="radio"/> Moderna	<input type="radio"/> Moderna	<input type="radio"/> Moderna

nein

06 Ist bei Ihnen eine Impfschädigung aufgetreten? ja nein

07 Möchten Sie Tipps zur Ausleitung von den Nebenprodukten der Impfstoffe? ja nein

08 Möchten Sie sich vor sich selbst ausbreitende Impfstoffen schützen? ja nein

09 Möchten Sie vorbeugen bzw. die evtl. vorhandene Gifte aus Masken und Teststäbchen loswerden? ja nein

Auswertung:

Bitte kontaktieren Sie mich zu meinem Ergebnis per

Telefon

E-Mail

Einwilligungserklärung einmalig für die Auswertung des Fragebogens

- Ich stimme zu, dass meine Angaben aus dem Fragebogen zur Beantwortung meiner Anfrage erhoben und verarbeitet werden. Die Daten werden nach abgeschlossener Bearbeitung gelöscht.