



# Dein Wegweiser zur Ganzheitlichen Gesundheit mit Effektiven Mikroorganismen

## 01/08 Fragenkatalog

Name

E-Mail

01 Trinkst Du täglich mind. 1,5 Liter stilles Wasser oder Kräutertee? **ja** **nein**

02 Hast Du eine Unverträglichkeit gegen Käse, Sauerkraut, Bier, Rotwein, Sekt, Tomaten, Essig, Essiggurken, Ananas, Nüsse, Fermentiertes? **ja** **nein**

03 Hast Du Lebensmittelunverträglichkeiten, wie z.B. Gluten, Glukose, Laktose- und/oder Fruktoseintoleranz? **ja** **nein**

04 Wie ernährst Du dich? **Mischkost** **vegetarisch** **vegan**  
 Isst Du zwei bis drei mal im Monat Fisch? **ja** **nein**

05 Hast oder hattest Du in Deiner Wohnung eine Belastung mit Schimmel? **ja** **nein**

06 Leidest Du oft an... **Müdigkeit oder fühlst Du dich schlapp**  
**unerklärlichem Schwitzen,**  
**Schweißfüßen oder an Haarausfall?**

07 Leidest Du an Übergewicht oder unregelmäßigem Stuhlgang? **ja** **nein**

08 Hast Du Gelenk- oder Knochenbeschwerden, Rheuma, Gicht oder wurde eine Krebsbehandlung durchgeführt? **ja** **nein**

Name

09 Leidest Du unter **Schlafstörungen?**  
**Nervosität oder Stimmungsschwankungen?**  
**erhöhtem Blutdruck?**  
**Kopfschmerzen?**  
**grauer Star oder Makuladegeneration?**

10 Hast Du Sodbrennen, saures Aufstoßen, öfter einen Druck im Oberbauch oder Reizungen im Hals? **ja** **nein**  
**gelegentlich**

11 Leidest Du unter **Durchfall?**  
**Blähungen?**  
**einem Reizdarm?**  
**Problemen mit der Darmschleimhaut?**

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

13 Hast Du Blähungen, Verstopfung oder wechselnden Stuhlgang mit Durchfällen? **ja** **nein**

14a Über Deinen Darm: **benötigst Du mehr als 3 Blättchen Toilettenpapier**  
**der Stuhl hinterlässt Spuren in der Toilettenschüssel?**  
**der Stuhl riecht sehr stark**  
**der Stuhl ist keine wohlgeformte Wurst**  
**Hast Du eine schlechte Absorption (Nährstoffaufnahme)?**

Name

14b

### Hast du mehrmals die Woche Heißhunger auf Süßes?

15 Hast Du in den letzten 12 Monaten eine Darmreinigung durchgeführt? **ja** **nein**

16 Wurde bei Dir in den letzten 12 Monaten eine Antibiotikatherapie durchgeführt? **ja** **nein**

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

18 Hast Du einen trägen Darm, vor allem  
keinen täglichen Stuhlgang? **ja** **nein**

19 Hast Du Zahnfleischprobleme, Neurodermitis,  
Akne, Pilzerkrankung der Haut, Schuppen-  
flechte, öfter Halsschmerzen, Aphten oder  
Herpes? **ja** **nein**

20 Leidest Du unter Parodontose, Karies, Hals-  
schmerzen oder Entzündungen in Mund und  
Rachen? **ja** **nein**

21 Leidest Du unter Konzentrationsstörungen,  
psychischen Problemen oder Stress? **ja** **nein**

22 Hast Du Probleme mit dem Schlaf-Wach-  
Rhythmus, also Ein- oder Durchschlafpro-  
bleme, bzw. bist Du morgens nicht gleich  
fit? **mehrmals  
wöchentlich** **jede  
Nacht**  
**gelegentlich** **nein**

23 Hast Du Stress, Stimmungsschwankungen,  
Gedächtnis- oder Schlafstörungen? **ja** **nein**

Name

24 Hast Du schon einmal eine Schwermetallausleitung gemacht oder wurden Dir Amalgamfüllungen entfernt? **ja** **nein**

25 Leidest Du unter Müdigkeit, hast Du oft Schlafstörungen zwischen 2 und 3 Uhr nachts oder sind Dir erhöhte Leberwerte bekannt? **ja** **nein**

26 Ernährst Du dich überwiegend BIO? **ja** **nein**

## Vitalstofffragen

01 Ist Dir ein erhöhter Harnsäurespiegel bekannt, leidest Du unter Gicht oder hast Du Schmerzen in den Gelenken? **ja** **nein**

02 Leidest Du unter erhöhtem Blutdruck oder habst Du Herz-Kreislaufprobleme? **ja** **nein**

03 Leidest Du unter dauerhaften Schmerzen in den Gelenken und Knochen? **ja** **nein**

04 Hast Du Probleme mit der Haut, den Gefäßen oder mit dem Bindegewebe? **ja** **nein**

05 Hast Du **Entzündungen im Körper?**  
**eine trockene Haut?**  
**Neurodermitis?**

06 Hast Du gelegentlich Muskelkrämpfe oder ist Dir ein Mineralienmangel bekannt? **ja** **nein**

Name

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

Name

15 Leidest Du unter...

**Migräne?****Tinnitus?****Morbus Crohn?****Colitis Ulcerosa****Neurodermitis oder an Psoriasis?**16 Gewohnheiten und  
Medikamente**Isst Du kaum Obst und nur wenig Gemüse?****Rauchst Du?****Nimmst Du die Antibabypille?****ASS oder Diabetes Medikamente?**17 Leidest Du an Magengeschwüren oder einer  
Magenschleimhautentzündung?**ja****nein**

18 Aktivitäten und Medikamente:

**Betreibst Du sportliches Training oder harte körperliche Arbeit?****Hast Du Lern- und Konzentrationsstörungen?****Nimmst Du die Antibabypille, Schilddrüsenhormone oder benötigst Du Antidepressiva?****Benötigst Du öfter Antibiotika?  
(1 bis 2 x im Jahr)****Trinkst Du regelmäßig Alkohol, Kaffee oder bist Du Raucher?**

Name

19 Bist Du mehrfach im Jahr krank, vor allem in den Wintermonaten? **ja** **nein**

20 Leidest Du oft unter Muskelkrämpfen? **ja** **nein**

21 Bist Du übergewichtig und leidest unter Stoffwechselproblemen? **ja** **nein**

22 Sonstiges:

## Weitere Fragen

01 Bist Du aktuell an Covid erkrankt? **ja** **nein**

02 Leidest Du unter Long-Covid Symptomen? **ja** **nein**

03 Wünschst Du Tipps zur Reduzierung der Ansteckung in den privaten Räumen? **ja** **nein**

04 Kannst Du dich nicht gegen Covid impfen lassen? **ja** **nein**

|                                 |             |                                                                           |                                                                           |                                                                           |
|---------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 05 Bist Du gegen Covid geimpft? | <b>ja</b>   | <b>1. Impfung</b>                                                         | <b>2. Impfung</b>                                                         | <b>Booster</b>                                                            |
|                                 |             | BionTech/Pfizer<br>AstraZeneca<br>Novavax<br>Johnson & Johnson<br>Moderna | BionTech/Pfizer<br>AstraZeneca<br>Novavax<br>Johnson & Johnson<br>Moderna | BionTech/Pfizer<br>AstraZeneca<br>Novavax<br>Johnson & Johnson<br>Moderna |
|                                 | <b>nein</b> |                                                                           |                                                                           |                                                                           |

06 Ist bei Dir eine Impfschädigung aufgetreten? **ja** **nein**

07 Möchtest Du Tipps zur Ausleitung von den Nebenprodukten der Impfstoffe? **ja** **nein**

08 Möchtest Du dich vor sich selbst ausbreitenden Impfstoffe schützen? **ja** **nein**

09 Möchtest Du vorbeugen bzw. die evtl. vorhandenen Gifte aus Masken und Teststäbchen loswerden? **ja** **nein**

### Auswertung:

Bitte kontaktiere 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.