

VII. Ernährung

- 1) Essen Sie regelmäßig frisches Gemüse, Früchte etc ?
 - NEIN
 - JA Wie viel? _____
- 2) Essen Sie regelmäßig Grünkost (Salate etc) oder Seegras/Tang o.ä?
 - JA
 - NEIN
- 3) Wie viele Liter Wasser trinken Sie täglich? _____
- 4) Essen Sie häufig Lebensmittel mit Farb- und Konservierungsstoffen?
 - JA
 - NEIN
- 5) Trinken Sie häufig kohlenensäurehaltige Getränke?
 - JA Wie viele Dosen /Flaschen täglich? _____
 - NEIN
- 6) Trinken Sie häufig Kaffee oder koffeinhaltige Getränke?
 - JA Wie viele Tassen pro Woche? _____
 - NEIN
- 7) Rauchen Sie Zigaretten, sonstige Tabakwaren oder Marijuana?
 - JA Wie viele pro Woche? _____
 - NEIN
- 8) Trinken Sie häufig Alkohol?
 - JA Wie viele Drinks pro Woche? _____
 - NEIN
- 9) Konsumieren Sie häufig weißen/raffinierten Zucker oder Produkte aus Weißmehl?
 - JA
 - NEIN
- 10) Haben Sie häufig Lust auf Fast Food und Snacks (Schokolade, Frittiertes, Hamburger etc)
 - JA Worauf konkret? _____
 - NEIN
- 11) Nehmen Sie Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel zu sich?
 - JA
 - NEIN