

Fragebogen Mikronährstoffanalyse für Kinder



1. Adresse

Name		Geburtsdatum	
Vorname		Land	
Strasse, Nummer		email	
PLZ, Ort		Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Name des gesetzlichen Vertreters		Telefon	
Adresse des gesetzlichen Vertreters		Fax	

2. Allgemein

Grösse (in cm)	
Gewicht (in kg)	

Schlafgewohnheiten

- gut
- unruhig
- Einschlafprobleme (geht/gehe spät ins Bett: _____ Uhr; wacht/wache früh auf _____ Uhr)
- wenig (_____ Stunden)
- viel (Nacht _____ Stunden Tag: _____ Stunden)
- träumt / träume häufig beim schlafen
- Alpträume

Sportliche Aktivitäten

- keinen Sport und/oder insgesamt sehr wenig Bewegungsdrang
- etwas Sport und/oder normaler Bewegungsdrang
- drei mal wöchentlich Sport und/oder sehr aktiv
- Hochleistungssport (Welche Art: _____)



Ernährungsgewohnheiten

Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Fleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Fisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Eier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Milch-produkte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Salate oder Gemüse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Obst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Vollkornprodukte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Konserven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumieren ihr Kind / Sie Süßigkeiten, Bonbons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Wie oft konsumiert ihr Kind / Sie Fast Food?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
Anderes	_____					

Trinkgewohnheiten

- Kakaotränk / heiße Schokolade
 Milch
 Wasser / ungesüßten Tee
 Fruchtsäfte
 Kaffee / Cola
 Anderes : _____

Sonstiges

Hungergefühl ?

- oft
 manchmal
 selten
 nie

Größe der Mahlzeit ?

- klein
 normal
 groß
 Anzahl: _____

Wichtige Informationen: _____



Könnte eine Stärkung des Immunsystems negative folgen haben
(Transplantation, Einnahme von Immunsuppressiva, usw.).

Ja Nein

Ist eine der folgenden Erkrankungen / Leiden zutreffend?

- ADS/ADHS Syndrom
- Konzentrationsstörungen
- Hyperaktivität, Unruhe
- Depressionen
- Asthma
- Kopfschmerzen / Migräne
- Übergewicht
- Untergewicht
- Bronchitis
- häufige Infektionen / Entzündungen
- häufige Halsentzündungen, Erkältungen
- Verstopfung
- Durchfall

- sieht blass aus und fühlt sich müde
- häufige Erkältungskrankheiten
- Neurodermitis / Psoriasis
- Heuschnupfen
- Milchunverträglichkeit
- Andere Allergien oder Unverträglichkeiten:

- Andere Krankheiten / Beschwerden:

3. Medikamente

Mein Kind nimmt Medikamente Nein Ja

Wenn ja welche (Name des Medikaments sowie die Dosierung)?

Einnahme: morgens mittags abends nacht

Einverständniserklärung des gesetzlichen Vertreters:

Ich gestatte hiermit eine präventiv-medizinische Untersuchung meines Kindes.

Unterschrift: _____ Datum: _____

Hinweis auf Datenschutz:

Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschliesslich zur Ermittlung eines persönlichen Mikronährstoffbedarfs, der manuell ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.