

Kreuzen Sie hier an, wie häufig Sie die unten genannten Lebensmittel verzehrt haben:

Lebensmittelgruppen/ Häufigkeiten	mehrm. täglich	1 x pro Tag	mehrm. wöchentl.	1 x pro Woche	monatl. 2-3 x	selten	nie	
Gruppe 1: Getreideprodukte, Kartoffelprodukte								
Vollkornbrot, -brötchen Vollkorntoast								201
Graubrot, Mischbrot, Knäckebrot								202
Brötchen, Weißbrot, Toast								203
Müsli, Getreideflocken, Cornflakes								204
Nudeln, Reis								205
Vollkornnudeln, Vollkornreis Kuchen (trocken), Kekse, Gebäck								206 207
Obstkuchen								208
Torte, Sahnetorte								209
Kartoffeln (gegart)								210
Pommes, Bratkartoffeln, Kroketten								211
Gruppe 2: Gemüse/ Hülsenfrüchte/Obst								
Hülsenfrüchte (Bohnen, Erbsen, Linsen)								221
frisches Gemüse, TK-Gemüse, gegart								222
Rohkost (rohes Gemüse, Salate)								223
Gemüsekonserve								224
Gruppe 3: Obst								
frisches Obst								231
Kompott, Obstkonserve								232
Trockenfrüchte, Fruchtschnitten								233
Gruppe 4: Milch, -produkte								
Trinkmilch, Joghurt usw. 3,5% F.i.Tr.								241
Trinkmilch, Joghurt, Buttermilch 1,5% F.i.Tr.								242
Käse unter 30% F.i.Tr., Quark mager								243
Käse über 30% F.i.Tr., Sahnequark								244

Lebensmittelgruppen/ Häufigkeiten	mehrm. täglich	1 x pro Tag	mehrm. wöchentl.	1 x pro Woche	monatl. 2-3x	selten	nie	
Gruppe 5: Fleisch, Fisch, Wurst, Eier								
mageres Fleisch (z.B. Geflügel)								251
fettarme Wurst, Aufstrich (z.B. Geflügelwurst, Corned beef)								252
fettreiche Wurst, Aufstrich (z.B. Salami, Blut-, Leber-, Tee-, Bratwurst)								253
mittelfettes, fettes Fleisch (Kotelett, Bauch, Speck)								254
Eier								255
Seefisch, Süßwasserfisch								256
Gruppe 6: Getränke								
alkoholische Getränke (Bier, Wein usw.)								261
Ungesüßte Getränke, z.B. Wasser, Kräuter-, Früchte- tee, entcoff. Kaffee								262
Coffeinhaltige Getränke (Tee, Kaffee)								263
gesüßte Getränke, z.B. Limonaden, Cola-Getränke								264
Fruchtsaft, 100 %								265
Gemüsesaft, 100 %								266
Gruppe 7: Fette/Öle								
Butter, Margarine, Schmalz pflanzl. Öle, z.B. Sonnen- blumenöl, Olivenöl, Distelöl								271 272
Gruppe 8: Süßspeisen								
Zucker, Süßigkeiten, Honig, Marmelade								281
Nuss-Nougat-Creme, Schokolade								282
Müsliriegel								283
Salzgebäck, Knabberartikel								284
Eis, Pudding Nüsse, Studentenfutter, Pistazien etc.								285 286
Gruppe 9: Fertiggerichte								
Pizza, Lasagne, Nudelgerichte, Hamburger								291
Suppen/Eintöpfe								292
Fertigsoßen/Fertigsuppen Fertigsalate (Geflügelsalat, Kartoffelsalat)								293 294

Klären Sie bitte folgende Fragen ggf. mit Ihrem Arzt
(**Bitte ankreuzen, wenn es zu trifft**):

ja

Sind Sie öfters müde oder abgespannt?		101
Sind Sie nervös und leicht reizbar?		102
Stehen Sie permanent unter Stress?		103
Rauchen Sie mehr als 5 Zigaretten pro Tag?		104
Sind Sie häufig erkältet (mindestens drei Mal im Jahr)?		105
Haben Sie öfters Kopfschmerzen oder Migräne?		106
Haben Sie Probleme beim Sehen im Dämmerlicht/am Bildschirm?		107
Leiden Sie unter Blähungen?		108
Leiden Sie unter Verstopfung?		109
Leiden Sie unter dem prämenstruellen Syndrom (Regelbeschwerden)?		110
Leiden Sie unter Wasseransammlungen (geschwollene Beine)?		111
Leiden Sie unter Muskelkrämpfen?		112
Haben Sie extrem trockene Haut?		113
Haben Sie Neurodermitis?		114
Leiden Sie unter Haarausfall?		115
Leiden Sie unter splitternden und brüchigen Fingernägeln?		116
Machen Sie regelmäßig Schlankheitsdiäten?		117

Haben Sie:

... erhöhte Harnsäurewerte?		121
... erhöhte Cholesterinwerte?		122
... eine Getreideallergie?		123
... eine Milchallergie?		124
... Bluthochdruck?		125
... rheumatische Beschwerden?		126
... Diabetes mellitus Typ 1?		127
... Diabetes mellitus Typ 2?		128

Nehmen Sie:

... die Pille, Östrogene?		131
... regelmäßig Schmerzmittel?		132
...regelmäßig Abführmittel?		133
... cholesterinsenkende Mittel?		134

Sind Sie schwanger?		141
Stillen Sie zur Zeit?		142
Sind Sie über 50 Jahre?		143
Sind Sie sportlich aktiv?		144

DER NUTRIWELL-CHECK

Der NutriWell-Check – der kurze und attraktive Esstest für den, der genauer wissen will, wie gut er sich ernährt. Er beurteilt das Essverhalten nicht nur nach dem, was man gegessen hat, sondern auch danach, wie man sich fühlt.

Name:	Ihr Alter in Jahren:
Vorname:	Ihre Größe in cm:
Straße:	Ihr Gewicht in kg*:
PLZ/Ort:	* Bei einer Schwangerschaft, bitte das Gewicht vor der Schwangerschaft eintragen

Bitte tragen Sie oben Ihre persönlichen Daten ein und füllen Sie den Check auf der Innenseite aus.

Der NutriWell-Check wurde Ihnen überreicht durch:

Unterschrift des Teilnehmers:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen einer internen, wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden. Die Daten sind geschützt. Die Daten unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte wird nicht genehmigt.