



Naturheilpraxis O. Schöpf • Residenzplatz 1 • D-87435 Kempten Telefon 0831 - 520 75 15 Fax 0831 - 520 49 49

Name

Vorname

Alter:

Gewicht:

Größe:

Patientennummer:

Geburtstag:

Beschwerden:

## Leben - Essen - Wohnen Fragenkatalog

### Allgemeines:

Bitte erstellen Sie eine gesonderte Liste (aus Vorlage) Ihrer Speisen und Getränke, die sie innerhalb von 5 bis 7 Tagen zu sich genommen haben. Tragen Sie auch ungefair die Uhrzeiten ein.

Mögen Sie es bitter, salzig, süß, sauer, scharf?

Kochen Sie Vieles selbst oder essen Sie meist auswärts oder von Bringdiensten?

Gibt es ein Grundnahrungsmittel (z.B. Butter, Brot, Salz etc.), das Sie besonders häufig verwenden?

Welche Nahrungsmittel vertragen Sie nicht?

### Einzelfragen

Küche und Essen:

1. Verwenden Sie Instant-Produkte?

2. Essen Sie Süßigkeiten und Knabbereien?

3. Verwenden Sie Fertiggerichte?



4. Welches Salz verwenden Sie?
5. Welchen Zucker verwenden Sie?
6. Welche Fette und Öle verwenden Sie?
7. Welches Mehl verwenden Sie?
8. Welche Getränke trinken Sie?
9. Welche Milchprodukte verwenden Sie?
10. Stellen Sie eigene Getränke her – wenn ja welche?
11. Welche Technik verwenden Sie am häufigsten? Braten, Kochen, Dünsten?
12. Welche Kochbehältnisse verwenden Sie?
13. Bewahren Sie Lebensmittel in Plastikbehältern auf?
14. Benutzen Sie eine Mikrowelle?

#### Bad:

1. Welche Körper-Waschmittel verwenden Sie?
2. Welche Zahnpasta verwenden Sie?
3. Verwenden Sie Cremes und Bodylotions?
4. Verwenden Sie Deodoranten?
5. Welche Art von Schminke verwenden Sie?
6. Was verträgt Ihre Haut nicht?

#### Haushalt und Garten:

1. Welche Haushaltsreiniger verwenden Sie?
2. Gibt es chemische Substanzen, mit denen Sie ständig in Berührung kommen?