

HCOR - Health Consulting Rieger: Anamnesebogen

Einleitung:

Willkommen bei **HCOR - Health Consulting Rieger**! Sie möchten mehr aus Ihrem Leben herausholen und Ihr volles Potenzial entfalten – dafür ist eine ganzheitliche Gesundheit die Basis. Um Sie bestmöglich auf diesem Weg zu unterstützen, laden wir Sie ein, diesen Anamnesebogen auszufüllen – eine kleine Entdeckungsreise zu Ihrem Wohlbefinden.

„Wer sich keine Zeit für seine Gesundheit nimmt, muss sich bald Zeit für die Krankheit nehmen.“ – *Sebastian Kneipp*

Unser Ziel ist es, mit Ihnen einen individuellen Gesundheitsplan zu entwickeln, der Sie zu mehr Energie, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude führt. Ihre Antworten helfen uns dabei, Sie besser kennenzulernen und Ihren Weg optimal zu begleiten. Natürlich behandeln wir alle Informationen vertraulich.

Machen Sie es sich bequem, lassen Sie uns gemeinsam auf diese Reise gehen, und haben Sie Spaß dabei, mehr über sich selbst zu erfahren!

Allgemeine Informationen:

1. Name:
 2. Geburtsdatum:
 3. Geschlecht:
 4. Beruf:
 5. Kontaktdaten (E-Mail, Telefon):
 6. Adresse:
-

1. Hauptanliegen

- **Einleitung:** „Ihr Körper spricht zu Ihnen. Was ist die wichtigste Botschaft, die er Ihnen gerade mitteilt? Lassen Sie uns gemeinsam herausfinden, wie wir Ihnen helfen können!“

Fragen & Gestaltung:

7. **Was führt Sie zu uns?**
 - „Was sind Ihre Hauptbeschwerden oder Ziele?“
 - Mehr Energie
 - Gewichtsverlust
 - Leistungssteigerung
 - Besserer Schlaf
 - Stressabbau

- Andere: _____
- „Beschreiben Sie in einem Satz Ihr aktuelles Anliegen.“ (Freitext)

8. Seit wann bestehen diese Beschwerden oder Anliegen?

- 1–2 Wochen
- 1–3 Monate
- 3–6 Monate
- Länger als 6 Monate

9. Was möchten Sie in Ihrem Leben (wieder) tun können, wenn Sie sich besser fühlen?

- „Stellen Sie sich vor, wie Ihr Leben aussieht, wenn es Ihnen besser geht.“
- Mehr Sport treiben
- Zeit mit der Familie/Freunden verbringen
- Konzentrierter arbeiten
- Mehr Freizeitaktivitäten genießen
- Andere: _____

10. Gibt es bestimmte Ereignisse, die mit dem Auftreten Ihrer Beschwerden in Verbindung stehen?

- „Könnten folgende Faktoren eine Rolle spielen?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Stressige Lebensphase
- Veränderungen im Job/Privatleben
- Unfall/Krankheit
- Änderung der Ernährungsgewohnheiten
- Andere: _____

11. Welche Erwartungen haben Sie an die Beratung bei HCOR?

- „Wie sieht für Sie eine erfolgreiche Zusammenarbeit aus?“
- Ein klarer Gesundheitsplan
- Mehr Energie im Alltag
- Besserer Umgang mit Stress
- Langfristige Gesundheitsstrategien
- Andere: _____

- „Beschreiben Sie in einem Satz, was Sie sich von der Beratung erhoffen.“
(Freitext)

12. Welche drei Gesundheitsziele möchten Sie in den nächsten 6 Monaten erreichen?

- „Lassen Sie uns gemeinsam Ihre Prioritäten setzen.“
- Mehr Energie im Alltag
- Gewichtsreduktion
- Muskelaufbau
- Besserer Schlaf
- Stressabbau
- Andere: _____

○

1. _____

○

2. _____

○

3. _____

Skalen:

- **Wie sehr beeinflussen Ihre aktuellen Beschwerden Ihren Alltag?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - **Wie motiviert sind Sie, Ihre Gesundheitsziele zu erreichen?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

2. Aktuelle Gesundheit und Medizingeschichte

- **Einleitung:** „Ihr Gesundheitszustand ist wie ein Garten. Manchmal blüht er auf, und manchmal braucht er besondere Pflege. Lassen Sie uns gemeinsam herausfinden, was Ihr Körper gerade braucht.“

Fragen & Gestaltung:

- 13. Wie würden Sie Ihre allgemeine Gesundheit auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen?**

- „Wie fühlt sich Ihr Garten aktuell an?“
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Welche Symptome haben Sie derzeit?

- „Welche Signale sendet Ihnen Ihr Körper gerade?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Schmerzen
- Müdigkeit
- Schlafstörungen
- Verdauungsprobleme
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Andere: _____
- „Beschreiben Sie kurz Ihre wichtigsten Symptome.“ (Freitext)

15. Haben Sie aktuelle Diagnosen von einem Arzt erhalten? Wenn ja, welche?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche?“ (Freitext)

16. Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

- „Welche Dinge bereiten Ihrem Körper Schwierigkeiten?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Lebensmittelallergien
- Pollenallergie
- Hausstaubmilben
- Medikamentenunverträglichkeit
- Andere: _____
- „Beschreiben Sie Ihre Allergien oder Unverträglichkeiten, falls vorhanden.“ (Freitext)

17. Praktizieren Sie bereits Biohacking oder ähnliche Maßnahmen für Ihre Gesundheit?

- „Welche Maßnahmen helfen Ihnen, Ihr Wohlbefinden zu steigern?“
- Intervallfasten
- Kälte- oder Hitzetherapie
- Meditation
- Nahrungsergänzungsmittel
- Andere: _____

18. Sind Sie derzeit in ärztlicher oder naturheilkundlicher Behandlung?

- Ja, ärztliche Behandlung
- Ja, naturheilkundliche Behandlung
- Nein

Medizingeschichte:

19. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen?

- „Begleiten Sie bestimmte Erkrankungen schon über einen längeren Zeitraum?“
- Ja
- Nein
- „Wenn ja, welche und seit wann?“ (Freitext)

20. Gab es in der Vergangenheit Operationen, Verletzungen oder schwerwiegende Krankheiten?

- Ja
- Nein
- „Bitte erläutern Sie kurz.“ (Freitext)

21. Wurden in Ihrer Familie bekannte Erbkrankheiten diagnostiziert?

- „Gibt es in Ihrer Familie gesundheitliche Herausforderungen, die Sie im Blick behalten sollten?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Diabetes

- Bluthochdruck
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krebs
- Andere: _____
- Nein

22. Haben Sie jemals eine psychologische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen?

- „Manchmal braucht auch die Seele Unterstützung. War das bei Ihnen schon der Fall?“
- Ja
- Nein
- „Falls ja, wann und in welchem Zusammenhang?“ (Freitext)

Skalen & Zusätzliche Reflexionen:

- **Wie sehr fühlen Sie sich von Ihrer aktuellen Gesundheit in Ihrem Alltag eingeschränkt?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihren bisherigen gesundheitlichen Maßnahmen?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Immunsystem und Infektanfälligkeit

- **Einleitung:** „Ihr Immunsystem ist wie Ihr persönlicher Schutzschild. Mal ist es stark und widerstandsfähig, mal braucht es eine Extraportion Unterstützung. Lassen Sie uns herausfinden, wie Ihr Immunsystem sich aktuell fühlt.“

Fragen & Gestaltung:

23. Wie häufig haben Sie Erkältungen, Grippe oder andere Infektionen?

- „Wie oft klopft bei Ihnen der „Erkältungsbesuch“ an?“
- 1–2 Mal pro Jahr (selten)
- 3–4 Mal pro Jahr (gelegentlich)
- Mehr als 4 Mal pro Jahr (häufig)
- Ich kann mich nicht erinnern, wann ich das letzte Mal krank war. (nie)

24. Haben Sie chronische Entzündungen?

- „Manchmal versteckt sich eine Entzündung in unserem Körper. Haben Sie etwas davon bemerkt?“
 - Ja, Gelenkschmerzen
 - Ja, Hautausschläge
 - Ja, Verdauungsprobleme
 - Nein
 - Andere: _____
- „Beschreiben Sie die Art und Häufigkeit der Entzündungen, falls vorhanden.“ (Freitext)

25. Sind Ihre Impfungen auf dem aktuellen Stand?

- „Sind Ihre Abwehrkräfte gegen bestimmte Infektionen durch Impfungen gestärkt?“
 - Ja, alle wichtigen Impfungen sind aktuell
 - Nein, ich bin nicht vollständig geimpft
- „Welche Impfungen haben Sie erhalten?“ (Mehrfachauswahl möglich)
 - Tetanus
 - Grippe
 - Hepatitis
 - Masern, Mumps, Röteln (MMR)
 - COVID-19
 - Andere: _____
- „Gibt es Impfungen, die Sie noch planen?“ (Freitext)

Skalen & Zusätzliche Reflexionen:

- **Wie stark würden Sie Ihre allgemeine Abwehrkraft einschätzen?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **Wie schnell erholt sich Ihr Körper von einer Infektion?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Sinneswahrnehmung und Neurologische Gesundheit

- **Einleitung:** „Ihre Sinne sind wie Antennen, die Ihnen dabei helfen, die Welt um sich herum wahrzunehmen. Manchmal können sie gestört oder beeinträchtigt sein. Lassen Sie uns herausfinden, wie es Ihrer Sinneswahrnehmung und Ihrem Nervensystem geht.“

Fragen & Gestaltung:

26. Haben Sie Einschränkungen bei der Sinneswahrnehmung?

- „Wie gut nehmen Ihre Sinne die Welt wahr?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Sehen
- Hören
- Geschmacksinn
- Geruchssinn
- Keine Einschränkungen
- „Beschreiben Sie die Einschränkungen, falls vorhanden.“ (Freitext)

27. Tragen Sie Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen)?

- Ja, täglich
- Ja, gelegentlich
- Nein
- „Haben Sie das Gefühl, Ihre Sehhilfe ist ausreichend?“
- Ja
- Nein, meine Sehfähigkeit hat sich verändert

28. Leiden Sie unter Schwindel, häufigen Kopfschmerzen oder Migräne?

- Ja, Schwindel
- Ja, Kopfschmerzen
- Ja, Migräne
- Nein
- „Wie oft tritt dieses Symptom auf?“
- Täglich

- Wöchentlich
- Monatlich
- Selten

29. Haben Sie in letzter Zeit Veränderungen in Ihrem Sehvermögen bemerkt?

- „Haben sich Ihre Augen anders verhalten?“
- Ja, verschwommenes Sehen
- Ja, Doppelbilder
- Ja, Gesichtsfeldausfälle
- Nein
- „Beschreiben Sie die Veränderung, falls vorhanden.“ (Freitext)

30. Haben Sie plötzlich auftretende „Blitze“, „Schatten“ oder „Punkte“ in Ihrem Sichtfeld bemerkt?

- Ja
- Nein
- „Wann tritt dieses Phänomen auf?“ (Freitext)

31. Haben Sie Schwierigkeiten, Farben zu unterscheiden oder auf eine Lichtquelle zu fokussieren?

- Ja, Farbunterscheidung
- Ja, Lichtquellen-Fokussierung
- Nein
- „Falls ja, beschreiben Sie die Schwierigkeiten genauer.“ (Freitext)

Neurologische Störungen:

32. Haben Sie in letzter Zeit Veränderungen in Ihrer Empfindung oder Wahrnehmung bemerkt?

- „Fühlen sich manche Körperbereiche anders an als sonst?“
- Ja, Taubheitsgefühl
- Ja, Kribbeln
- Ja, Schmerzen
- Nein
- „Beschreiben Sie die Veränderungen, falls vorhanden.“ (Freitext)

33. Gibt es Körperbereiche, in denen Sie weniger oder gar kein Gefühl mehr haben?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche Bereiche sind betroffen?“ (Freitext)

34. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Muskeln schwächer geworden sind?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, in welchen Bereichen?“
- Arme
- Beine
- Hände
- Andere: _____

35. Haben Sie Schwierigkeiten, Dinge zu heben, Treppen zu steigen oder sich auf die Zehenspitzen zu stellen?

- Ja, beim Heben
- Ja, beim Treppensteigen
- Ja, beim auf die Zehenspitzen Stellen
- Nein
- „Beschreiben Sie Ihre Schwierigkeiten, falls vorhanden.“ (Freitext)

36. Gibt es Körperbereiche, in denen Sie eine Lähmung oder eingeschränkte Beweglichkeit bemerkt haben?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche Bereiche sind betroffen?“ (Freitext)

Skalen & Zusätzliche Reflexionen:

- **Wie sehr beeinträchtigen diese Symptome Ihren Alltag?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - **Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer Sinneswahrnehmung?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

5. Haut, Haare, Nägel und Zahngesundheit

- **Einleitung:** „Ihre Haut, Haare, Nägel und Zähne erzählen eine Menge über Ihren Gesundheitszustand. Gemeinsam wollen wir herausfinden, was sie uns mitteilen.“
-

Haut, Haare und Nägel

37. Haben Sie Hautprobleme?

- „Was sagt Ihnen Ihre Haut?“
- Ja, Akne
- Ja, Ekzeme
- Ja, Trockenheit
- Nein
- Andere: _____
- „Beschreiben Sie Ihre Hautprobleme, falls vorhanden.“ (Freitext)

38. Sind Ihnen Veränderungen an Ihren Haaren oder Nägeln aufgefallen?

- „Hat Ihr Haar oder Ihre Nägel in letzter Zeit Signale gesendet?“
 - Ja, vermehrter Haarausfall
 - Ja, brüchige Nägel
 - Nein
 - Andere: _____
- „Beschreiben Sie die Veränderungen, falls vorhanden.“ (Freitext)

39. Verwenden Sie spezielle Pflegeprodukte oder vermeiden Sie bestimmte Inhaltsstoffe?

- „Was gönnen Sie Ihrer Haut und Ihren Haaren?“ (Mehrfachauswahl möglich)
 - Naturkosmetik
 - Medizinische Hautpflege
 - Parfümfreie Produkte
 - Vermeide Produkte mit Parabenen
 - Andere: _____

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer Haut- und Haarpflege?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Zahngesundheit

40. Wie oft gehen Sie zur zahnärztlichen Kontrolle?

- „Wie regelmäßig machen Sie einen Check-up für Ihr Lächeln?“
 - Alle 6 Monate
 - Einmal im Jahr
 - Seltener
 - Nie

41. Haben Sie aktuell oder in der Vergangenheit Zahnprobleme?

- „Haben Ihre Zähne schon mal für Sorgen gesorgt?“ (Mehrfachauswahl möglich)

- Karies
- Zahnfleischbluten
- Zahnschmerzen
- Nein
- „Beschreiben Sie Ihre Zahnprobleme, falls vorhanden.“ (Freitext)

42. Hatten Sie bereits eine Zahnfleischerkrankung, wie z. B. Parodontitis oder Gingivitis?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche Behandlung haben Sie erhalten?“ (Freitext)

43. Haben Sie fehlende Zähne, Zahnersatz oder Prothesen?

- „Sind Ihre Zähne vollständig?“
- Ja, Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate)
- Ja, Prothesen
- Nein
- „Falls ja, sind Sie damit zufrieden?“
- Ja
- Nein

44. Leiden Sie unter empfindlichen Zähnen?

- „Wie empfindlich reagieren Ihre Zähne?“
- Kälte
- Wärme
- Süßes
- Saures
- Nein

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer Zahngesundheit?**

○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kiefergesundheit und Kiefergelenk

45. Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?

- „Ist Ihr Kiefer im Gleichgewicht?“
 - Ja, Schmerzen
 - Ja, Kieferknacken
 - Ja, eingeschränkte Mundöffnung
 - Nein
- „Beschreiben Sie die Probleme, falls vorhanden.“ (Freitext)

46. Knirschen oder pressen Sie nachts mit den Zähnen (Bruxismus)?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

47. Haben Sie Verspannungen oder Schmerzen in der Kaumuskulatur oder im Nackenbereich?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, wie häufig treten diese auf?“
 - Täglich
 - Wöchentlich
 - Selten

48. Ist Ihnen eine Fehlstellung der Zähne oder des Kiefers bekannt?

- „Haben Ihre Zähne oder Ihr Kiefer eine besondere Form?“
 - Ja, Überbiss
 - Ja, Unterbiss
 - Ja, Kreuzbiss
 - Nein

Mundhygiene und Pflege

49. Wie oft putzen Sie täglich Ihre Zähne, und welche Zahnputztechnik verwenden Sie?

- 1-mal täglich
- 2-mal täglich
- Seltener
- „Welche Zahnputztechnik verwenden Sie?“
- Manuell
- Elektrisch
- Schallzahnbürste

50. Verwenden Sie Zahnseide, Interdentalbürsten oder Mundspülungen?

- „Welche zusätzlichen Schritte gehören zu Ihrer Mundhygiene?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Zahnseide
- Interdentalbürsten
- Mundspülung
- Keine zusätzlichen Hilfsmittel

51. Wie ist Ihr Trinkverhalten?

- „Was trinken Sie bevorzugt im Alltag?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Wasser
- Softdrinks
- Fruchtsäfte
- Kaffee/Tee
- Andere: _____

Zahnbehandlungen und -materialien

52. Haben Sie Zahnfüllungen, und wenn ja, welches Material wurde verwendet?

- „Haben Ihre Zähne Füllungen erhalten?“
- Ja, Amalgam
- Ja, Keramik
- Ja, Komposit
- Nein

53. Wurde bei Ihnen eine Wurzelbehandlung durchgeführt?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, wie häufig und wann war die letzte Behandlung?“ (Freitext)

54. Haben Sie Zahnersatz, und sind Sie damit zufrieden?

- „Lächeln Sie mit einem kleinen Extra?“
- Ja, Brücken
- Ja, Implantate
- Ja, Prothesen
- Nein
- „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Zahnersatz?“
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Haben Sie Erfahrungen mit kieferorthopädischen Behandlungen?

- „Hat Ihr Lächeln schon mal eine Spange getragen?“
- Ja, Zahnspange
- Nein
- „Falls ja, waren Sie mit dem Ergebnis zufrieden?“
- Ja
- Nein

Skalen:

- **Wie wichtig ist Ihnen die Pflege von Haut, Haaren, Nägeln und Zähnen?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

6. Körperliche Verfassung und Schmerzcharakter

- **Einleitung:** „Ihr Körper ist Ihr Zuhause. Manchmal gibt er uns Signale, um uns zu zeigen, dass etwas nicht stimmt. Lassen Sie uns gemeinsam herausfinden, was Ihr Körper Ihnen mitteilen möchte.“

Fragen & Gestaltung:

56. Aktuelles Gewicht:

- „Was sagt Ihre Waage aktuell?“
- _____ kg

57. Gewichtsveränderungen in den letzten 6 Monaten:

- „Hat Ihr Gewicht in den letzten Monaten eine Reise gemacht?“
- Ja, Gewichtszunahme
- Ja, Gewichtsabnahme
- Nein, keine Veränderung
- „Wenn ja, um wie viel?“
- _____ kg

58. Körpergröße:

- „Wie groß sind Sie?“
- _____ cm

59. Gibt es Schmerzen oder Beschwerden in bestimmten Körperbereichen?

- „Hören Sie Ihren Körper – wo spüren Sie Beschwerden?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Kopf
- Nacken/Schultern
- Rücken
- Bauch
- Gelenke
- Andere: _____

Schmerzcharakter

60. Wo genau empfinden Sie den Schmerz?

- „Lassen Sie uns den Ort der Schmerzen genauer eingrenzen.“
- Kopfschmerzen
- Nackenschmerzen
- Rückenschmerzen
- Bauchschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Andere: _____
- „Beschreiben Sie den Ort der Schmerzen detaillierter, falls möglich.“ (Freitext)

61. Strahlt der Schmerz in andere Körperbereiche aus?

- „Breitet sich der Schmerz aus?“
- Ja
- Nein
- „Falls ja, wohin?“ (Freitext)

62. Wie stark ist der Schmerz auf einer Skala von 0 bis 10?

- „Auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) – wo liegt Ihr Schmerz?“
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

63. Ist die Schmerzintensität konstant oder variiert sie im Verlauf des Tages?

- Konstante Intensität
- Variiert, je nach Tageszeit
- „Falls variierend, wann ist der Schmerz am stärksten?“
- Morgens
- Mittags
- Abends
- Nachts

64. Wie würden Sie den Schmerz beschreiben?

- „Geben Sie Ihrem Schmerz einen Charakter.“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Stechend
- Brennend
- Dumpf
- Drückend
- Ziehend
- Pochend
- Schneidend
- Andere: _____

65. Wann hat der Schmerz begonnen?

- Plötzlich
- Allmählich
- „Beschreiben Sie den Beginn genauer.“ (Freitext)

66. Welche Aktivitäten verstärken oder lindern den Schmerz?

- „Was beeinflusst Ihren Schmerz?“
- **Verstärken:**
 - Bewegung
 - Ruhe
 - Kälte
 - Wärme
 - Stress
 - Andere: _____
- **Lindern:**
 - Ruhe
 - Bewegung
 - Kälte
 - Wärme
 - Medikamente
 - Andere: _____
- „Beschreiben Sie genauer, was Ihnen hilft.“ (Freitext)

Skalen & Zusätzliche Reflexionen:

- **Wie sehr beeinträchtigen die Schmerzen Ihren Alltag?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **Wie oft nehmen Sie Schmerzmittel, um die Beschwerden zu lindern?**
 - Täglich

- Wöchentlich
 - Selten
 - Nie
-

7. Bewegung, Fitness und Schlaf

- **Einleitung:** „Bewegung und Erholung sind die Grundlagen für ein gesundes Leben. Gemeinsam finden wir heraus, wie Sie Ihre Balance zwischen Aktivität und Entspannung finden können.“
-

Bewegung und Fitness

67. Treiben Sie regelmäßig Sport?

- „Welche Art von Bewegung bringt Sie in Schwung?“
 - Ja
 - Nein
- „Falls ja, welche Sportart(en) und wie oft?“
 - Täglich
 - Mehrmals pro Woche
 - Einmal pro Woche
 - Selten
 - Andere: _____

68. Welche körperlichen Aktivitäten bereiten Ihnen Freude?

- „Was lässt Sie in Bewegung kommen?“ (Mehrfachauswahl möglich)
 - Laufen
 - Schwimmen
 - Wandern
 - Yoga
 - Radfahren
 - Tanzen
 - Andere: _____

69. Gehen Sie raus an die frische Luft / in die Natur?

- Ja, täglich
- Ja, mehrmals pro Woche

- Selten
- Nein

70. Wie viele Schritte haben Sie durchschnittlich am Tag?

- „Schätzen Sie Ihre tägliche Aktivität ein.“
- Unter 3.000 Schritte
- 3.000–5.000 Schritte
- 5.000–10.000 Schritte
- Über 10.000 Schritte
- „Nutzen Sie ein Wearable, um Ihre Schritte zu zählen?“
- Ja
- Nein

71. Wie ist Ihre Körperhaltung im Alltag?

- „Wie bewegen und halten Sie sich im Alltag?“
- Vorwiegend sitzend
- Vorwiegend stehend
- Einseitige Belastung (z. B. Heben)
- Viel in Bewegung (z. B. Laufarbeit)

72. Haben Sie regelmäßig körperliche Beschwerden in Rücken, Nacken oder Gelenken?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, wo genau?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Rücken
- Nacken
- Schultern
- Knie
- Andere: _____

73. Integrieren Sie Entspannungsübungen oder Dehnungen in Ihren Alltag?

- Ja, täglich
- Ja, mehrmals pro Woche
- Nein
- „Welche Entspannungsübungen helfen Ihnen am meisten?“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Bewegungsniveau?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

Schlaf

74. Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

- „Wie viel Schlaf gönnen Sie sich?“
 - Unter 5 Stunden
 - 5–6 Stunden
 - 7–8 Stunden
 - Über 8 Stunden

75. Haben Sie Schlafprobleme?

- „Gibt es Hindernisse, die Ihren Schlaf stören?“
 - Ja, Einschlafprobleme
 - Ja, nächtliches Erwachen
 - Ja, Müdigkeit am Morgen
 - Nein
- „Beschreiben Sie Ihre Schlafprobleme genauer.“ (Freitext)

76. Haben Sie ein „Mittagstief“?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein

77. Haben Sie das Bedürfnis, nach einer Mahlzeit zu schlafen?

- Ja, häufig
- Ja, manchmal
- Nein

78. Wie gestalten Sie Ihr Schlafzimmer?

- „Welche Wohlfühlfaktoren beeinflussen Ihren Schlaf?“
- Dunkelheit
- Kühle Temperatur
- Keine technischen Geräte im Raum
- Angenehme Bettwäsche
- Andere: _____

79. Haben Sie ein Abendritual oder Routinen, die Ihnen beim Einschlafen helfen?

- „Wie bereiten Sie sich auf eine erholsame Nacht vor?“
- Lesen
- Meditation
- Warmer Tee
- Keine spezielle Routine
- Andere: _____

80. Wachen Sie erfrischt auf, oder fühlen Sie sich oft wie „gerädert“?

- „Wie fühlt sich Ihr Körper am Morgen an?“
- Erfrischt und energiegeladen
- Müde, aber in Ordnung
- Oft „gerädert“ und erschöpft

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Schlafqualität?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Schlafapnoe

81. Hat Ihnen jemand berichtet, dass Sie im Schlaf schnarchen oder Atemaussetzer haben?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

82. Fühlen Sie sich trotz ausreichender Schlafdauer oft müde oder abgeschlagen?

- Ja, fast jeden Tag
- Ja, gelegentlich

- Nein

83. Wurden bei Ihnen bereits Schlafuntersuchungen durchgeführt?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, gab es Auffälligkeiten (z. B. Schlafapnoe)?“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie energiegeladen fühlen Sie sich nach einer Nacht Schlaf?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

8. Stress, Mentale und Emotionale Gesundheit

- **Einleitung:** „Stress und Emotionen sind wie Wellen – manchmal ruhig, manchmal aufgewühlt. Gemeinsam wollen wir herausfinden, wie wir diese Wellen besser reiten können.“
-

Stress und Entspannung

84. Wie hoch ist Ihr aktuelles Stresslevel auf einer Skala von 1 bis 10?

- „Wie fühlt sich Ihr Stresspegel an?“
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

85. Haben Sie aktuell das Gefühl der Überforderung?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, in welchen Situationen?“
- Berufliche Anforderungen
- Familiäre Verpflichtungen
- Soziale Erwartungen
- Gesundheitliche Herausforderungen
- Andere: _____

86. Welche Strategien zur Stressbewältigung nutzen Sie?

- „Was hilft Ihnen, Ruhe zu finden?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Meditation
- Yoga
- Sport
- Hobbys (z. B. Lesen, Musik hören)
- Gespräche mit Freunden oder Familie
- Keine spezifischen Strategien
- Andere: _____

87. Erkennen Sie frühzeitig, wenn Sie Unterstützung benötigen?

- Ja
- Manchmal
- Nein
- „Was hindert Sie daran, Unterstützung anzunehmen?“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie gut fühlen Sie sich in der Lage, Ihren Stress zu bewältigen?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mentale und Emotionale Gesundheit

88. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gemütszustand beschreiben?

- „Welches Wetter beschreibt Ihren aktuellen Gemütszustand?“
- Sonnig und klar (glücklich, zufrieden)
- Bewölkt (neutral, ruhig)
- Stürmisch (nervös, angespannt)
- Regen und Donner (traurig, niedergeschlagen)

89. Haben Sie in letzter Zeit Veränderungen in Ihrer Stimmung bemerkt?

- „Haben Sie Veränderungen in Ihrem inneren Wetter gespürt?“
- Ja, vermehrte Traurigkeit
- Ja, erhöhte Reizbarkeit
- Ja, vermehrte Angstzustände

- Nein
- „Beschreiben Sie Ihre Stimmungsschwankungen, falls vorhanden.“ (Freitext)

90. Gibt es Situationen oder Aktivitäten, die Ihre Stimmung verbessern?

- „Was bringt Sonne in Ihren Tag?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Zeit in der Natur
- Hobbys (z. B. Musik, Kunst)
- Sportliche Betätigung
- Zeit mit Freunden oder Familie
- Andere: _____

91. Hatten Sie jemals Panikattacken, Phobien oder länger anhaltende Angstzustände?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, wann und wie äußerten sie sich?“ (Freitext)

92. Gibt es aktuell oder in der Vergangenheit traumatische Erlebnisse, die Sie belasten?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, möchten Sie diese Erlebnisse kurz beschreiben?“ (Freitext)

93. Haben Sie den Eindruck, dass Stress Ihre mentale Gesundheit beeinflusst?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, wie äußert sich das?“ (Mehrfachauswahl möglich)

- Schlafstörungen
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Stimmungsschwankungen
- Körperliche Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen)
- Andere: _____

94. Wie gehen Sie mit schwierigen Emotionen um, und welche Strategien helfen Ihnen dabei?

- „Wie navigieren Sie durch stürmische emotionale Gewässer?“ (Mehrfachauswahl möglich)
 - Gespräche mit vertrauten Personen
 - Meditation oder Achtsamkeit
 - Sport
 - Schreiben (Tagebuch, kreative Texte)
 - Verdrängen oder Ignorieren
 - Andere: _____
- „Beschreiben Sie weitere Strategien, die Ihnen helfen.“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, mit Stress und schwierigen Emotionen umzugehen?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **Wie sehr beeinträchtigt Stress Ihre mentale Gesundheit?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Ernährung, Verdauung und Lebensphilosophie

- **Einleitung:** „Ihre Ernährung und Lebensweise sind der Treibstoff für Ihren Körper und Geist. Lassen Sie uns herausfinden, wie Sie Ihren Körper nähren und welche Auswirkungen das auf Ihr Wohlbefinden hat.“

Ernährung

95. Wie sieht Ihr aktueller Ernährungsstil aus?

- „Welcher Ernährungsstil passt zu Ihnen?“
- Vegetarisch
- Vegan
- Ketogen
- Low Carb
- Paleo
- Omnivor
- Andere: _____

96. Wie oft essen Sie pro Tag?

- 1–2 Mahlzeiten
- 3–4 Mahlzeiten
- Mehr als 4 Mahlzeiten
- Variiert

97. Wie fühlen Sie sich nach einer Mahlzeit?

- „Wie wirkt sich eine Mahlzeit auf Ihr Wohlbefinden aus?“
- Energievoll
- Zufrieden
- Müde und träge
- Völlegefühl
- Andere: _____

98. Trinken Sie Alkohol oder konsumieren Sie andere Substanzen?

- „Gönnen Sie sich gelegentlich einen Drink oder andere Genussmittel?“
- Alkohol
- Koffein
- Nikotin
- Andere: _____
- „Falls ja, wie oft?“
- Täglich
- Mehrmals pro Woche
- Selten
- Nie

99. Wie viel Wasser trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

- Unter 1 Liter
 - 1–2 Liter
 - 2–3 Liter
 - Mehr als 3 Liter
-

Verdauung und Stoffwechsel

100. Haben Sie regelmäßig Appetit?

- Ja
- Nein
- „Gibt es Zeiten, zu denen Ihr Appetit besonders hoch oder niedrig ist?“ (Freitext)

101. Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?

- Ja, täglich
- Ja, mehrmals pro Woche
- Nein
- „Wie würden Sie die Konsistenz und Farbe beschreiben?“ (Freitext)

102. Leiden Sie häufig unter Blähungen, Völlegefühl oder Sodbrennen?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein

103. Haben Sie Nahrungsmittel, nach deren Verzehr Sie sich unwohl fühlen?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche?“ (Freitext)

104. Nehmen Sie probiotische Lebensmittel oder Präparate ein?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Verdauung?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

Lebens- und Ernährungsphilosophie

105. Legen Sie Wert auf biologische oder regionale Produkte?

- Ja, immer
- Ja, oft
- Gelegentlich
- Nein

106. Greifen Sie zu Light- oder ähnlichen Zuckerersatzprodukten?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein

107. Welche Rolle spielen Nahrungsergänzungsmittel in Ihrem Leben?

- „Wie unterstützen Sie Ihre Ernährung zusätzlich?“ (Freitext)
-

Nahrungsergänzungsmittel und Supplementierung

108. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

- Ja
- Nein
- „Bitte listen Sie alle Produkte mit Dosierung und Häufigkeit auf.“ (Freitext)

109. Haben Sie in letzter Zeit Blutuntersuchungen durchführen lassen, um Ihren Mikronährstoffstatus zu bestimmen?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, waren Auffälligkeiten vorhanden?“ (Freitext)

110. Wie schätzen Sie Ihre aktuelle Versorgung mit Nährstoffen ein?

- „Gibt es Mangelerscheinungen, die Ihnen bewusst sind?“
- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche?“ (Freitext)

Fasten und Detox

111. Praktizieren Sie intermittierendes Fasten oder andere Fastenprotokolle?

- Ja, regelmäßig (z. B. 16:8, OMAD)
- Ja, gelegentlich
- Nein
- „Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?“ (Freitext)

112. Haben Sie schon einmal längeres Fasten ausprobiert?

- Ja, z. B. Wasserfasten, Heilfasten
- Nein
- „Falls ja, wie war Ihre Erfahrung?“ (Freitext)

113. Haben Sie schon einmal eine Entgiftung oder einen Detox durchgeführt?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche Erfahrungen haben Sie gemacht?“ (Freitext)

114. Nutzen Sie aktuell Methoden zur Entgiftung?

- „Welche Methoden nutzen Sie zur inneren Reinigung?“ (Mehrfachauswahl möglich)
 - Sauna
 - Ölziehen
 - Einläufe
 - Spezielle Diäten
 - Andere: _____
-

Kognitive Enhancer

115. Nutzen Sie Nootropika, Adaptogene oder Kräuterpräparate?

- Ja
 - Nein
 - „Falls ja, welche?“
 - Ashwagandha
 - Rhodiola
 - L-Theanin
 - Andere: _____
-

Gedächtnisstörungen / Brainfog

116. Haben Sie in letzter Zeit Probleme mit dem Gedächtnis?

- Ja, ich vergesse häufig Namen
- Ja, ich vergesse häufig Termine
- Ja, ich vergesse alltägliche Dinge

- Nein

117. Fühlen Sie sich geistig langsamer oder haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?

- Ja, oft
- Ja, gelegentlich
- Nein

118. Haben Sie Schwierigkeiten, einfache Entscheidungen zu treffen oder sich in vertrauter Umgebung zu orientieren?

- Ja
- Nein
- „Beschreiben Sie die Situationen, in denen dies auftritt.“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Ernährungsweise?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - **Wie würden Sie Ihr allgemeines Wohlbefinden in Bezug auf Ihre Ernährung und Verdauung einschätzen?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

10. Energie, Umwelt und Hormonhaushalt

- **Einleitung:** „Ihre Energie, Umgebung und Ihr Hormonhaushalt sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen Ihr Wohlbefinden. Lassen Sie uns gemeinsam herausfinden, was Ihren Akku auflädt und was ihn entlädt.“
-

Energie und Resilienz

119. Wie würden Sie Ihr tägliches Energielevel auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen?

- „Wie voll ist Ihr Energietank?“
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

120. Gibt es bestimmte Tageszeiten, an denen Sie sich besonders energiegeladen oder erschöpft fühlen?

- „Wann ist Ihr Energiehoch oder -tief?“

- Morgens
- Mittags
- Nachmittags
- Abends
- Nachts
- „Beschreiben Sie diese Zeiten genauer.“ (Freitext)

121. Was gibt Ihnen Energie im Alltag?

- „Was sind Ihre Energiequellen?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Hobbys
- Zeit in der Natur
- Soziale Kontakte
- Sportliche Aktivität
- Entspannungstechniken
- Andere: _____

122. Wo verlieren Sie die meiste Energie?

- „Was saugt Ihre Energie auf?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Arbeit
- Konflikte
- Monotone Aufgaben
- Soziale Verpflichtungen
- Andere: _____

123. Wie achten Sie darauf, Ihre Energiequellen wieder aufzufüllen?

- „Welche Methoden nutzen Sie, um Ihre Energiereserven wieder aufzuladen?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Ausreichender Schlaf
- Entspannungstechniken (z. B. Meditation)
- Zeit mit Familie/Freunden
- Sport
- Hobbys

- Andere: _____
- „Beschreiben Sie Ihre bevorzugten Energiequellen.“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Energielevel?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

Umwelt- und Lebensraumbedingungen

124. Leben Sie in einer städtischen, ländlichen oder industriellen Umgebung?

- Städtisch
- Ländlich
- Industriell
- Andere: _____

125. Gibt es Umweltfaktoren, die Ihre Gesundheit beeinflussen?

- „Beeinflusst Ihre Umgebung Ihr Wohlbefinden?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Luftqualität
- Lärm
- Schimmel in der Wohnung
- Elektromog
- Andere: _____
- „Beschreiben Sie die Faktoren genauer.“ (Freitext)

126. Wie ist Ihre Wohnsituation?

- Haus
- Wohnung
- Alleine
- Mit Familie
- Haustiere

- Andere: _____

127. Haben Sie Zugang zu Natur und grünen Räumen? Nutzen Sie diese regelmäßig?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein
- „Beschreiben Sie Ihre Erfahrungen in der Natur.“ (Freitext)

Hormonhaushalt und Sexualgesundheit

128. Gibt es Unregelmäßigkeiten im Menstruationszyklus (falls zutreffend)?

- Ja
- Nein
- Nicht zutreffend
- „Falls ja, beschreiben Sie die Unregelmäßigkeiten.“ (Freitext)

129. Haben Sie Symptome, die auf hormonelle Ungleichgewichte hindeuten?

- „Gibt Ihnen Ihr Körper hormonelle Signale?“ (Mehrfachauswahl möglich)
- Stimmungsschwankungen
- Haarausfall
- Hautprobleme
- Gewichtszunahme/-abnahme
- Andere: _____

130. Wie ist Ihre Libido? Haben Sie in diesem Bereich Veränderungen bemerkt?

- „Wie ist Ihr sexuelles Verlangen?“
- Starkes Verlangen
- Durchschnittlich
- Vermindertes Verlangen

- Keine Veränderung bemerkt
- „Falls Veränderungen vorhanden, wie äußern sie sich?“ (Freitext)

131. Nutzen Sie hormonelle Verhütungsmittel oder befinden Sie sich in der Menopause/Andropause?

- „Wie beeinflussen Hormone Ihre Gesundheit?“
- Hormonelle Verhütungsmittel
- Menopause
- Andropause
- Keine
- „Beschreiben Sie Ihre Erfahrungen damit.“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem aktuellen Hormonhaushalt?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- **Wie sehr beeinflusst Ihre Umgebung Ihr Wohlbefinden?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Soziale Gesundheit und Beziehungen

- **Einleitung:** „Unsere sozialen Beziehungen sind ein wesentlicher Bestandteil unseres Wohlbefindens. Sie geben uns Halt, Inspiration und manchmal auch Herausforderungen. Lassen Sie uns Ihre sozialen Verbindungen erkunden.“

132. Wie würden Sie Ihre sozialen Beziehungen einschätzen?

- „Wie erfüllend sind Ihre Beziehungen zu anderen?“
- Sehr gut
- Gut
- Neutral
- Eher schwierig

- Problematisch
- „Beschreiben Sie Ihre wichtigsten Beziehungen (z. B. Familie, Freunde, Kollegen).“ (Freitext)

133. Fühlen Sie sich sozial gut eingebunden oder eher isoliert?

- Gut eingebunden
- Manchmal isoliert
- Oft isoliert

134. Haben Sie einen Kreis von Menschen, auf den Sie sich im Notfall verlassen können?

- Ja, auf jeden Fall
- In einigen Fällen
- Nein

135. Gibt es Konflikte in Ihrem sozialen Umfeld, die Sie belasten?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, möchten Sie diese Konflikte kurz beschreiben?“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie zufrieden sind Sie mit Ihren sozialen Beziehungen?**

○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Digitalisierung und Medienkonsum

- **Einleitung:** „In der digitalen Welt leben wir ständig mit Medien und Technologien. Wie beeinflusst der digitale Konsum Ihr Wohlbefinden?“

136. Wie viel Zeit verbringen Sie täglich vor Bildschirmen?

- „Wie lange sind Sie im digitalen Raum unterwegs?“
- Unter 2 Stunden
- 2–4 Stunden

- 4–6 Stunden
- Mehr als 6 Stunden

137. Nutzen Sie digitale Medien, um sich zu entspannen, oder fühlen Sie sich davon oft gestresst?

- „Sind digitale Medien für Sie Entspannung oder Stress?“
- Zur Entspannung
- Stressquelle
- Eine Mischung aus beidem

138. Gibt es regelmäßige „medienfreie“ Zeiten in Ihrem Tagesablauf?

- Ja, täglich
- Ja, mehrmals pro Woche
- Selten
- Nie
- „Wie gestalten Sie diese medienfreien Zeiten?“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie ausgeglichen fühlen Sie sich in Bezug auf Ihren Medienkonsum?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Physikalische und Energetische Therapien

- **Einleitung:** „Physikalische und energetische Therapien können dazu beitragen, das Gleichgewicht von Körper und Geist zu fördern. Nutzen Sie solche Methoden bereits?“

139. Nutzen Sie alternative Therapien wie Akupunktur, Chiropraktik, Osteopathie oder Massage regelmäßig?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein
- „Welche dieser Therapien haben Sie ausprobiert, und welche Erfahrungen haben Sie gemacht?“ (Freitext)

140. Haben Sie Erfahrungen mit energetischen Heilmethoden?

- „Setzen Sie auf Energiearbeit für Ihr Wohlbefinden?“
 - Ja, Reiki
 - Ja, Akupressur
 - Ja, andere energetische Heilmethoden: _____
 - Nein
- „Falls ja, wie haben diese Methoden auf Sie gewirkt?“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie wichtig sind Ihnen physikalische und energetische Therapien für Ihr Wohlbefinden?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

14. Selbstoptimierung und Biohacking

- **Einleitung:** „Selbstoptimierung und Biohacking bieten Möglichkeiten, die eigene Gesundheit zu messen und gezielt zu verbessern. Wie nutzen Sie diese Techniken in Ihrem Alltag?“
-

Selbstvermessung

141. Messen Sie regelmäßig Ihre Vitalwerte?

- „Welche Ihrer Vitalwerte behalten Sie im Auge?“
 - Blutdruck
 - Herzfrequenz
 - Blutzucker
 - Körperfett
 - Andere: _____
- „Wie oft messen Sie diese Werte?“
 - Täglich

- Wöchentlich
- Monatlich
- Selten
- Nie

142. Nutzen Sie Wearables oder Apps zur Gesundheitsüberwachung?

- Ja
- Nein
- „Falls ja, welche Daten erfassen Sie?“ (Mehrfachauswahl möglich)
 - Schritte
 - Schlafqualität
 - Herzfrequenzvariabilität (HRV)
 - Kalorienverbrauch
 - Blutsauerstoffgehalt
 - Andere: _____

Skalen:

- **Wie hilfreich finden Sie Ihre Selbstvermessung für Ihre Gesundheit?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kognitive Leistungsfähigkeit

143. Wie würden Sie Ihre Konzentrationsfähigkeit und mentale Klarheit auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

144. Nutzen Sie spezielle Techniken oder Mittel zur Steigerung Ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit?

- „Was unterstützt Ihre mentale Klarheit?“ (Mehrfachauswahl möglich)
 - Nootropika
 - Meditation
 - Atemübungen
 - Ernährung (z. B. ketogene Diät)
 - Koffein
 - Andere: _____

Kälte- und Hitzetherapie

145. Nutzen Sie Methoden wie Kältetherapie oder Hitzetherapie für Ihre Gesundheit?

- „Wie setzen Sie Kälte oder Wärme für Ihr Wohlbefinden ein?“
 - Eisbäder
 - Kältekammern
 - Sauna
 - Infrarotkabine
 - Keine
 - „Wie oft nutzen Sie diese Methoden?“
 - Täglich
 - Wöchentlich
 - Selten
 - Nie
-

Atemtechniken

146. Praktizieren Sie spezielle Atemtechniken?

- „Nutzen Sie Ihren Atem, um Körper und Geist zu beeinflussen?“
 - Ja, Wim-Hof-Methode
 - Ja, holotropes Atmen
 - Ja, Box-Breathing
 - Andere: _____
 - Nein
 - „Wie oft setzen Sie diese Atemtechniken ein?“
 - Täglich
 - Mehrmals pro Woche
 - Selten
 - Nie
-

Zielsetzung und Routinen

147. Arbeiten Sie mit bestimmten Protokollen oder Routinen?

- „Welche Routinen helfen Ihnen, Ihren Tag optimal zu gestalten?“
 - Morgenroutine

- Schlafhygiene
- Ernährungsschema
- Bewegung und Training
- Keine spezifischen Routinen
- „Beschreiben Sie Ihre Routinen, falls vorhanden.“ (Freitext)

148. Setzen Sie sich regelmäßig messbare Gesundheitsziele und verfolgen Ihren Fortschritt?

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein
- „Welche Ziele haben Sie aktuell, und wie messen Sie deren Erfolg?“ (Freitext)

Skalen:

- **Wie wichtig ist Ihnen Selbstoptimierung für Ihr Wohlbefinden?**
 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Zusätzliche Informationen

- **Gibt es noch weitere Informationen, die Sie uns mitteilen möchten?**
- „Haben wir etwas Wichtiges übersehen? Teilen Sie gerne alles, was Ihnen am Herzen liegt.“ (Freitext)

„Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Anamnesebogen auszufüllen! Sie haben damit einen wichtigen Schritt auf Ihrem Weg zu einem gesünderen, ausgeglicheneren Leben gemacht. Mit diesen Informationen können wir gemeinsam ein individuelles Konzept erarbeiten, das auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist. Ihr Wohlbefinden steht bei uns an erster Stelle, und wir freuen uns darauf, Sie auf Ihrer Reise zu begleiten.“

Einverständniserklärung:

150. Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben zur Erfassung meines Gesundheitszustandes genutzt werden. Mir ist bewusst, dass HCOR - Health Consulting Rieger die Informationen ausschließlich für die Beratung und Behandlung verwendet.

- **Ort, Datum:**
- **Unterschrift:**