



# SPORTMEDIZIN SASS

---

## Ernährungs- & Lifestyleanalyse

**Name:**

**Datum:**

Bitte mit größtmöglicher Sorgfalt ausfüllen.

Wähle immer die Antwort aus, die am besten auf dich zutrifft!

Selbsteinschätzung ist schwer!

Für eine höhere Genauigkeit, gehe den Fragebogen am besten gemeinsam mit jemandem durch, der dich gut kennt.

---

## Ernährung

1. Gehst du seltener als alle 4 Tage einkaufen?
  - Ja (1)
  - Nein (0)
  
2. Isst du mehr verpackte Lebensmittel als frische (Fertiggerichte, Dosen, getrocknetes)?
  - Ja (4)
  - Nein (0)
  
3. Isst du mehr gekochtes/gebratenes Gemüse als rohes?
  - Ja (3)
  - Nein (0)
  
4. Isst du weniger als 2x Gemüse pro Tag?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
5. Überwiegt bei deinen Einkäufen der Anteil an **nicht Bio-Produkten** (bei Obst/Gemüse)?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
6. Wie oft benutzt du eine Mikrowelle?
  - Nie (0)
  - 1-2x / Woche (2)
  - 3-4x / Woche (5)
  - > 4x / Woche (10)
  
7. Isst du Weißbrot häufiger als Vollkornbrot?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
8. Isst du Weißmehlprodukte (Spaghetti, Pizza, Müsli, Gebäck) öfters als Vollkorn?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
9. Welche Getreideart isst du am häufigsten?
  - Weizen (8)
  - Roggen (5)
  - Haferflocken (2)
  - Dinkel (1)
  - Glutenfrei (Quinoa/Hirse) (0)

10. Wie oft isst du pasteurisierte + homogenisierte Milch/Käse/Sahneprodukte?

- Nie (0)
- Selten (1)
- 3x die Woche (3)
- >4x / Woche (5)

11. Wie oft isst du **nicht Bio** Milchprodukte?

- nie (0)
- selten (1)
- 3x/ Woche (3)
- +4x/ Woche (5)

12. Welche Eier kaufst du für gewöhnlich?

- Zertifiziert Biologisch (0)
- Freilandhaltung (2)
- Bodenhaltung (5)
- Käfighaltung (10)

13. Isst du Schweinefleisch häufiger, als alle 4 Tage?

- Ja (3)
- Nein (0)

14. Versuchst du meist fettfreie Milchprodukte einzukaufen?

- Ja (3)
- Nein (0)

14. Isst du andere **nicht Bio**-Fleisch / Wurst Produkte?  
(Salami, Kochschinken, Mortadella, Leberwurst)

- Ja (3)
- Nein (0)

15. Verzehrst du Dosenthunfisch/Lachs oder anderen Fisch?

- Nie (0)
- Selten (2)
- 3x/ Woche (10)
- >4x/ Woche (15)

16. Wie oft isst du folgende Fette?

(Sonnenblumenöl, Margarine, Frittiertes, Mayo/Remoulade, Sojaöl)

- Nie (0)
- Selten (1)
- 3x/ Woche (3)
- > 4x/ Woche (5)

17. Nutzt du andere Pflanzenfette als Kokosöl zum Braten/Kochen?

- Ja (5)
- Nein (0)

18. Wie oft verwendest du weißen Zucker zum Süßen?

- Nie (0)

- Selten (1)
- 3x/ Woche (3)
- >4x/ Woche (5)

19. Wie oft benutzt du Süßstoffe zum süßen?

- Nie (0)
- Selten (1)
- 3x/ Woche (3)

20. Benutzt du weißes Salz, (jodiert, Fluoriert) anstatt zusatzfreies Steinsalz/Himalaya Salz?

- Ja (5)
- Nein (0)

21. Isst du verarbeitete Fertigprodukte mehr als 3x/Woche?  
(Pizza, Pasta, Lasagne, Döner, Baguette)

- Ja (5)
- Nein (0)

22. Wie oft isst du in Fastfoodrestaurants?  
(McDonalds, Pasta, Subway, Pizza)

- Nie (0)
- 1x/Woche (2)
- 3x/ Woche (5)
- >4/ Woche (10)

23. Trinkst du Leitungswasser?

- Ja (10)
- Nein (0)

24. Wie oft isst du Süßigkeiten?

(Kuchen, Pudding, Schokolade, Kekse, Weingummi, Brotaufstrich etc.)

- Nie (0)
- 1x/Woche (1)
- 3x/Woche (3)
- >4x/Woche (5)

25. Trinkst du weniger als 1.5L Wasser am Tag?

- Ja (5)
- Nein, ich trinke mehr (0)

26. Verzichtest du regelmäßig auf Mahlzeiten?

- Ja (3)
- Nein (0)
- Ja, weil ich Faste (0)

27. Kannst du normalerweise 4 Stunden satt sein nachdem du gegessen hast?

- nie (10)
- selten (5)
- ja (0)

28. Wie oft lässt du dein Frühstück ausfallen?
- nie (0)
  - selten (1)
  - 3x/Woche (5)
  - +4x/Woche (10)
29. Versuchst du dich Fettfrei zu ernähren?
- Ja (5)
  - Nein (0)
30. Wie häufig ist du Kohlenhydrate ohne Beilage?  
(Kuchen, Muffins, Schokolade, Saft, Obst, Müsli)
- Nie (0)
  - manchmal (5)
31. Wie oft trinkst du zuckerhaltige Getränke? (Säfte, Cola, Sirup, Energiedrinks)
- 1 Tasse/ Tag (1)
  - 2 Tassen/Tag (3)
  - >2 Tassen/Tag (5)
  - Mehr als Wasser (10)
32. Hast du schonmal eine Diät gemacht um Gewicht zu verlieren?
- Nie (0)
  - 1x (1)
  - 3x (3)
  - >4x (10)
33. Hast du Schwierigkeiten Fett zu verbrennen, trotz regelmäßigem Sport?
- Ja (3)
  - Nein (0)

**Gesamtscore:**

---

## Stress

1. Isst du mehr oder weniger, wenn du gestresst bist?
  - Mehr (10)
  - Weniger (0)
  - Keine Änderung (0)
  
2. Hast du Sorge über deine finanzielle Situation oder deinen Job?
  - Ja (10)
  - Nein (0)
  
3. Hast du Freundschaften/Beziehungen die dich stressen?
  - Ja (10)
  - Nein (0)
  
4. Fühlst du dich häufig ängstlich & aufgewühlt?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
5. Trinkst du jeden Tag Kaffee?
  - Nein (0)
  - Ja (6)
  - 3x/ Woche (2)
  - +4/ Woche (5)
  
6. Wie viel Kaffee trinkst du pro Tag? (In Tassen)
  - 0-1 (0)
  - 2 (3)
  - 3 (5)
  - +4 (10)
  
7. Regst du dich schnell auf, wenn Dinge nicht so laufen wie du sie gerne hättest?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
8. Glaubst du, dass dein Sexdrive geringer ist als normal?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
9. Fühlst du dich alleine oder hättest gerne mehr Kontakte?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
10. Fühlst du dich gestresst, weil du nicht genug Zeit für dich, deine eigenen Hobbys, Leidenschaften & Belange hast?
  - Ja (10)
  - Nein (0)

11. Nimmst du Medikamente ein, die gegen psychischen Stress verordnet wurden?

- Ja (10)
- Nein (0)

12. Wenn es dir schlecht geht, tut es dir gut, wenn du dir dein Leid von der Seele redest?

- Ja (5)
- Nein (0)

13. Bist du Häufiger als 2 Tage im Jahr krank?

- Nein (0)
- Ca. 1 Woche (5)
- 1-2 Wochen (10)

**Gesamtscore:**

---

### **Zirkadianer Rhythmus**

1. Lebst du in derselben Zeitzone in der du geboren wurdest?

- Ja (0)
- Nein (5)

2. Reist du mehr als einmal im Monat durch verschiedene Zeitzonen?

- Ja (10)
- Nein (0)

3. Wie oft wachst du in der Nacht auf?

- Nie (0)
- 1-2x (1)
- 3x (5)
- >4x (10)

4. Gehst du nach 22:30 ins Bett?

- Ja (5)
- Nein (0)

5. Gehst du ziemlich genau zu denselben Zeiten auf die Toilette, oder sind die Zeiten stets unterschiedlich?

- Ziemlich genau zur selben Tageszeit (0)
- Sehr unterschiedlich (5)

6. Hast du das Gefühl, dir Dinge schlecht merken zu können, seitdem du in eine neue Zeitzone/Land gezogen bist?
- Ja (10)
  - Nein (0)
7. Hat dein Hungergefühl von Frühstück, Mittag, Abendbrot sich verändert seit du umgezogen bist?
- Ja (10)
  - Nein (0)
8. Wie oft fühlst du dich schlapp und müde nach dem Mittagessen?
- Nie (0)
  - Selten (5)
  - 3x/ Woche (10)
9. Bekommst du weniger als 7 Stunden Schlaf pro Nacht?
- Nie (0)
  - Selten (5)
  - >3x/ Woche (10)
10. Bist du Schichtarbeiter?
- Ja (10)
  - Nein (0)
11. Trinkst du Kaffee oder koffeinhaltige Getränke nach 15 Uhr?
- Ja (10)
  - Nein (0)
12. Fühlst dich häufig unausgeschlafen und hast das Gefühl du bräuchtest mehr schlaf?
- Nie (0)
  - Ab und zu (5)
  - >3x/ Woche (10)

**Gesamtscore:**

## Verdauung

1. Wie oft hast du einen Blähbauch?
  - Nie (0)
  - 1-2x/Woche (3)
  - 3x/ Woche (5)
  - +4x/Woche (10)
  
2. Hast du regelmäßig dünnen oder breiigen/schleimigen Stuhlgang?
  - Nie (0)
  - Selten (1)
  - 3x/Woche (5)
  
3. Hast du regelmäßig Verstopfung oder sehr harten Stuhl?
  - Nie (0)
  - Selten (3)
  - 3x/ Woche (5)
  
4. Musst du oft rülpsen nach dem Essen?
  - Ja (3)
  - Nein (0)
  
5. Gehst du jeden Tag mindestens einmal zur Toilette? (Großes Geschäft)
  - Ja (0)
  - Nein
    - ca. alle 2 Tage (5)
    - ca. alle 3 Tage (10)
  
6. Leidest du häufig unter Blähungen?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
7. Hast du Verlangen nach bestimmten Dingen wie: Schokolade, Brot, Früchte oder Fleisch, wenn du sie länger nicht gegessen hast?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
8. Hast du häufiger mal keinen Hunger & fühlst dich unwohl nach dem Essen?
  - Nie (0)
  - 1-2x/Woche (3)
  - 3x/ Woche (5)
  - >4x/Woche (10)
  
9. Hast du Schmach nach Süßem?
  - Ja (5)
  - Nein (0)
  
10. Leidest du manchmal unter Bauchschmerzen / Krämpfe oder Unwohlsein im

Bauch?

- Ja (20)
- Nein (0)

11. Leidest du manchmal Sodbrennen/Reflux, oder saures Aufstoßen nach dem Essen?

- Nie (0)
- Selten (3)
- 3x/Woche (8)
- +4x/Woche (10)

12. Bekommst du manchmal Kopfschmerzen nach dem Essen?

- Nie (0)
- Selten (3)
- 3x/ Woche (5)

13. Bist du per Kaiserschnitt geboren worden?

- Ja (10)
- Nein (0)

**Gesamtscore:**

---

## **Pilze & Parasiten**

1. Hast du jemals eine Vollnarkose bekommen?

- Ja (5)
- Nein (0)

2. Hast du jemals Antibiotika bekommen?

- Ja (10)
- Nein (0)

3. Stinkt dein Kot faulig, sonderbar, komisch?

- Ja (10)
- Nein (0)

4. Ist dein Stuhlgang oft wechselhaft von hart zu weich / schleimig?

- Ja Abwechselnd (7)
- Meist gleich (0)

5. Ist dein Leben eher stressvoll?

- Ja (10)
- Normal (5)
- Meist Entspannt (0)

6. Hast du irgendeine Art von Verdauungsbeschwerden oder Bauchschmerzen, über oder unterhalb des Bauchnabels?
- Ja (10)
  - Nein (0)
7. Trägst du Amalgamfüllungen im Mund?
- Ja (20)
  - Nein (0)
8. Hast du verschiedene Metalle im Mund?  
(Zahnfüllungen / Implantate / Brücken aus Gold, Silber, Titan)
- Ja (10)
  - Nein (0)
9. Juckt es dich manchmal am/um den Anus?
- Ja (10)
  - Nein (0)
10. Hast oder hattest du Schuppenflechte oder Ausschlag/Ekzeme/ Juckreiz?
- Ja (10)
  - Nein (0)
11. Hast du das Gefühl, egal wie viel du isst, du bekommst sofort wieder Hunger?
- Ja (5)
  - Nein (0)
12. Hast oder hattest du jemals eine pilzbefallene Körperstelle? (Zehennägel / Zehenzwischenräume, Haut)
- Ja (10)
  - Nein (0)
13. Leidest du unter irgendeiner Art von Hautirritationen? (Akne, Ausschläge, Jucken)
- Ja (10)
  - Nein (0)
14. Hattest du jemals sexuellen Kontakt mit jemandem, von dem du weißt, dass er eine Pilz- oder Parasiten Infektion hat?
- Ja (20)
  - Nein (0)
15. Hast du häufig eine verschlossene Nase, nachdem du bestimmte Lebensmittel gegessen oder getrunken hast?
- Ja (10)
  - Nein (0)
16. Leidest du häufigen Stimmungsschwankungen?
- Ja (10)
  - Nein (0)

17. Hast du regelmäßig Gelenkschmerzen, ohne jeglichen Grund?

- Ja (5)
- Nein (0)

18. Hast du Heißhunger auf Süßes und Koffeinhaltiges?

- Ja (10)
- Nein (0)

**Gesamtscore:**

## **Entgiftungssystem**

1. Sind deine Augen empfindlich gegen helles Licht?

- Ja (3)
- Nein (0)

2. Befinden sich Amalgamfüllungen in deinem Mund?

- Ja (15)
- Nein (0)

3. Hast du Schwierigkeiten dich zu entspannen?

- Ja (10)
- Nein (0)

4. Rauchst du?

- Ja (20)
- Nein (0)

5. Wie oft wachst du in der Nacht zwischen 1 Uhr und 4 Uhr auf und kannst nur noch schlecht einschlafen?

- Nie (0)
- 1x/Woche (1)
- 3x/ Woche (5)
- >4x/ Woche (10)

6. Fühlst du dich abgeschlagen und müde?

- Ja (10)
- Nein (0)

7. Hast du regelmäßig Kopfschmerzen?

- Nie (0)
- Selten (3)
- 3x/Woche (5)
- >4x/Woche (10)

8. Wie häufig trinkst du Alkohol?

- Nie (0)
- Selten (3)
- 1x/Woche (5)
- +2x/Woche (10)

9. Hast du Dunkle/Graue Augenringe oder öfters das Gefühl von Schwellungen unter den Augen?

- Nie (0)
- Selten (3)
- 3x/Woche (5)
- >4x/Woche (10)

10. Hast du Cellulite die nicht auf Training und Ernährung anspricht?

- Ja (10)
- Nein (0)

11. Arbeitest du mit irgendeiner Art von Chemikalien, Dämpfen, Toxinen, Abgasen, Metallen, Spähnen, Farben, Lacken, Klebern, Pestiziden?

- Ja (20)
- Selten (5)
- Nein (0)

12. Hast du Schwierigkeiten dir Dinge zu merken?

- Nie (0)
- Selten (3)
- 3x/Woche (5)
- >4x/Woche (10)

13. Hast du Allergien?

- Nein (0)
- Ja
  1. Leicht & selten (3)
  2. Häufig (5)
  3. Stark (10)

**Gesamtscore:**

**Bitte alle Ergebnisse addieren:**