

## Gesund Leben – 25 Fragen zur Prävention und Gesundheit

Testen Sie Ihren **aktuellen Gesundheitszustand** und erhalten Sie **wertvolle Tipps und Empfehlungen** zur direkten Umsetzung und Prävention. Mit insgesamt 25 Fragen zu Prävention und Gesundheit können Sie sofort eine qualitative Einschätzung Ihres körperlichen Gesundheitszustandes sowie zu Ihrer Ernährungsweise, zu Ihrem Bewegungsverhalten und Ihrer psychischen Gesundheit bekommen. **Komplett kostenfrei! Wissenschaftlich, fundiert & verständlich.**

Alle mit \* markierten Fragen sind Pflichtfragen. Sollten Sie eine Frage nicht verstehen, beantworten Sie diese bitte nach bestem Wissen und kontaktieren Sie uns im Nachhinein.

### Zum Warmlaufen

Zum Warmlaufen die ersten Fakten, die nicht in die Standardauswertung der Punkte einbezogen werden.

**Wie alt sind Sie? \*** (Alter in Jahren)

---

Das Alter ist ein nicht veränderbarer Risikofaktor für viele Erkrankungen in unserem Leben. Umso wichtiger ist es daher, andere, beeinflussbare Risikofaktoren ausfindig zu machen und zu reduzieren.

**Sind Sie männlich oder weiblich? \***

- weiblich
- männlich

Wir beziehen uns bei dieser Frage ausschließlich auf das biologische Geschlecht einer Person. Wir benötigen diese Angabe, um beispielsweise die Grenzwerte für den Risikofaktor „Bauchumfang“ korrekt festlegen zu können.

**Wie groß sind Sie in cm? \*** (Körpergröße in cm)

---

### Wie viel wiegen Sie in kg? \* (Körpergewicht in kg)

---

Das Körpergewicht hat inzwischen als Indikator für die Gesundheit an Bedeutung verloren, da es ein Mix aus Muskulatur, Knochen und Fettgewebe sowie Körperwasser darstellt, der ganz unterschiedlich zusammengesetzt sein kann. Führt eine ausgeprägte Muskulatur zu relativ hohem Gewicht, ist dies sicherlich ein Pluspunkt für die Gesundheit, während reichlich Fett und Wasser bei gleichem BMI eine schlechte Gesundheitsprognose haben (siehe auch die Interpretation des Bauchumfangs). Vereinfacht gilt der Grundsatz: Lieber ein fitter Stämmiger als ein schlaffer Schlanker sein.

### Ernährungsgewohnheiten

#### 2. Wie würden Sie pauschal Ihre Ernährung einstufen? \*

- Fast Food (Imbiss, Fertiggerichte im Supermarkt, ...)
- Gut bürgerlich
- Betont gesund (mediterran, Paleo, Logi, vegetarisch, low-carb)

#### 3. Wie viele Portionen Obst/Gemüse verzehren Sie täglich? \* (Eine Portion entspricht einer Hand voll)

- 5 Portionen und mehr
- 0 bis 2 Portionen
- 3 bis 4 Portionen

Allgemeiner Hinweis: Bei der Bewertung der Fragen 3 und 4 zählt für Ihren persönlichen „Schutzschirm“ nur das beste Ergebnis der beiden Fragen.

#### 4. Nehmen Sie Mikronährstoffe (Vitamine, Mineralstoffe ...) als Supplement ein? \*

- Nein, keine Supplementation
- Ja, unregelmäßig bzw. in niedriger Dosis
- Ja, regelmäßig und ausreichend

Allgemeiner Hinweis: Bei der Bewertung der Fragen 3 und 4 zählt für Ihren persönlichen „Schutzschirm“ nur das beste Ergebnis der beiden Fragen.

5. Verzehren Sie Fleisch? \*

- Schwein, Rind, Geflügel u.a. verpackt aus dem Discounter
- Weidefleisch aus biologischer Züchtung und/oder Wildfleisch
- Nein, ich bin Vegetarier, Veganer

6. Wie viele Portionen fetten Fisch essen Sie pro Woche? \*

- Regelmäßig 2-3 Portionen pro Woche
- Kein regelmäßiger Fischverzehr
- Regelmäßig 1 Portion pro Woche

z.B. Lachs, Sardelle, Hering, Makrele, Thunfisch

Allgemeiner Hinweis: Bei der Bewertung der Fragen 6 und 7 zählt für Ihren persönlichen „Schutzschirm“ nur das beste Ergebnis der beiden Fragen.

7. Nehmen Sie Omega-3-Fettsäuren (Fisch-Öl/Algen-Öl) als Nahrungsergänzung ein? \*

- Nein, keine Supplementation mit Omega-3-Fettsäuren
- Ja, unregelmäßig bzw. in niedriger Dosis
- Ja, regelmäßig (etwa 2g/Tag)

Allgemeiner Hinweis: Bei der Bewertung der Fragen 6 und 7 zählt für Ihren persönlichen „Schutzschirm“ nur das beste Ergebnis der beiden Fragen.

8. Welche Öle und Fette nutzen Sie täglich in der Küche? \*

- Ich nutze im Wesentlichen Margarine, Sonnenblumenöl, herkömmliche Bratfette, Schmalz und nur manchmal Olivenöl zum Kochen
- Manchmal Olivenöl und Kokosöl, sonst Sonnenblumenöl und andere
- Einen gesunden Mix aus Olivenöl, Butter (aus Weidehaltung), Kokosöl sowie Sesamöl (zum Braten) und Leinöl (für die kalte Küche)

9. Wie viel Wasser (auch Tee und Kaffee) trinken Sie täglich? \*

- Deutlich weniger als 1,5 Liter pro Tag
- 1,5 bis 2 Liter

10. Wie viel Alkohol trinken Sie im Durchschnitt täglich? \*

- Mehr als 3 Standardgläser pro Tag
- 3 Standardgläser pro Tag
- 0 bis 1 Standardglas pro Tag

In Deutschland und der Schweiz entspricht ein Standardglas etwa 10 bis 12 Gramm reinem Alkohol (Ethanol), was unter Normalbedingungen etwa 12,5 bis 15 Millilitern entspricht. Da die Menge Alkohol pro tatsächlichem Glas konsumierten Getränks je nach Alkoholgehalt und Serviergröße stark schwanken kann, entspricht ein Standardglas zwar in vielen, keineswegs aber in allen Fällen auch einem tatsächlichen Glas. Für Bier 5% Alkoholgehalt entspricht das Standardglas 250 bis 300 ml.

11. Rauchen Sie Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder Ähnliches? \*

- Regelmäßig (5x und mehr pro Tag)
- Nein, aber ich nutze ein elektronisches gerät wie z.B. E-Zigarette
- Ich rauche gelegentlich (nicht mehr als 2 bis 3x pro Tag)
- Ich bin Nichtraucher (seit mehr als 12 Jahren)

**Sonne & Vitamin D**

12. Wie häufig pro Woche halten Sie sich von April bis Oktober zwischen 10 und 15 Uhr im Freien auf (Beine und Arme nicht bedeckt)? \*

- Kein regelmäßiger Aufenthalt im Freien
- 1x bis 2x
- Mindestens 3x

Allgemeiner Hinweis: Bei der Bewertung der Fragen 12 und 13 zählt für Ihren persönlichen „Schutzschirm“ nur das beste Ergebnis der beiden Fragen.

13. Nehmen sie Vitamin D als Nahrungsergänzungsmittel ein? \*

- Nein, keine Supplementation von Vitamin D
- Ja, unregelmäßig bzw. in niedriger Dosis (<1000 I.E./Tag)
- Ja, regelmäßig

Allgemeiner Hinweis: Bei der Bewertung der Fragen 12 und 13 zählt für Ihren persönlichen „Schutzschirm“ nur das beste Ergebnis der beiden Fragen.

### Körperliche Aktivität

14. Wie viel gezielte körperliche Aktivität üben Sie im Durchschnitt pro Woche aus? \*

- 60 min oder weniger
- 120 min körperliches Training insgesamt in der Woche (in Kombination)
- 150 min moderates oder 75 min intensives Ausdauertraining pro Woche plus 2x in der Woche ein Muskeltraining

15. Enthält Ihre Aktivität Ausdauer-, Beweglichkeit-, Kraft- und Koordinationstraining? \*

- Nur gelegentlich oder nie alle vier Trainingsarten
- Regelmäßig, aber nicht immer alle vier Trainingsarten
- Regelmäßig alle vier Trainingsarten

### Körperlicher Gesundheitszustand

16. Wie viele verschiedene Medikamente nehmen Sie pro Tag ein? \*

- 3 oder mehr verschiedene Medikamente
- Bis zu 2 verschiedene Medikamente
- Keine

17. Haben Sie aktuell eine oder mehrere der folgenden chronischen Erkrankungen: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Arteriosklerose, Schlaganfall, Diabetes, Osteoporose, Arthrose, Depression, Demenz, Rheuma, Krebs oder Autoimmunerkrankungen? \*

- Nein, aber ich leide an einer anderen chronischen Erkrankung
- Ja
- Nein

18. Wie regelmäßig leiden Sie im Durchschnitt eines Jahres an Infekten oder Allergien? \*

- Mehr als 7x im Jahr (häufiger als alle 2 Monate)
- Höchstens 6x im Jahr (durchschnittlich ca. alle 2 Monate)
- Höchstens 1x im Jahr

### Mentale Gesundheit & Psyche

19. Haben Sie einen geregelten (circadianen) Tagesablauf/Arbeitsrhythmus? \*

- Nein, ich mache Schichtarbeit
- Ja, an den meisten Tagen der Woche
- Ja, regelmäßig an allen Tagen der Woche

20. Arbeiten Sie in einem erfüllenden Beruf oder haben Sie eine Sie erfüllende Aufgabe? \*

- Ja, grundsätzlich bin ich zufrieden, aber die Umgebungsbedingungen sind wenig optimal
- Ja, ich arbeite in meinem Traumberuf bzw. in einem erfüllenden Aufgabenbereich (z.B. auch als Rentner)
- Nein, ich würde gerne etwas völlig Anderes machen

21. Schlafen Sie problemlos ein und durch, und erwachen morgens erholt? \*

- Selten oder nie
- Gelegentlich nicht
- Ja, regelmäßig

22. Wie würden Sie selbst Ihre Kindheit im Allgemeinen beschreiben? \*

- Sehr belastet
- Teilweise belastet
- Glückliche

23. Leben Sie heute in einem erfüllten und glücklichen sozialen Umfeld? \*

- Nein, es ist sehr belastet
- Nein, es ist teilweise belastet
- Ja, es ist glücklich

24. Wie häufig fühlen Sie sich (negativ) gestresst? \*

- Selten
- Regelmäßig
- Gelegentlich

25. Betreiben Sie ein Mentaltraining (Meditation, QiGong, Yoga etc.)? \*

- Nein, nie
- Gelegentlich pro Woche
- Ja, täglich

**Literaturverzeichnis:**

Akademie für menschliche Medizin