

# Der Fragebogen zu Omega-3-Fettsäuren

Bitte bringen Sie den Fragebogen auf jeden Fall zu Ihrem ersten Arzt- oder Therapeutenbesuch mit.

Vorname/Name			Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ihr Geburtsdatum?	<input type="text"/> TT	<input type="text"/> MM	<input type="text"/> JJJJ	Stillen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich		Gewicht	<input type="text"/>	
			Größe	<input type="text"/>	

**Erkrankungen und Beschwerden:** Leiden Sie an einem oder mehreren der folgenden Beschwerden? Bitte zutreffendes ankreuzen.

Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wundheilungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Hatten Sie in naher Vergangenheit schwere Verletzungen und/oder Verbrennungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Störungen des Immunsystems	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
erhöhter Cholesterin-Spiegel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Unfruchtbarkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, wie hoch ist der Gesamtcholesterin-Wert?	<input type="text"/>		Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wie hoch ist der HDL-Wert?	<input type="text"/>		gestörte Sehkraft	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wie hoch ist der LDL-Wert?	<input type="text"/>		Haarausfall	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wie hoch ist der Triglycerid-Wert?	<input type="text"/>		Leber- und/oder Gallenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>Magen-, Darmerkrankungen</b>		
Wenn ja, wie hoch war der letzte gemessene Wert?	<input type="text"/>		Morbus Crohn	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herz-Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Colitis Ulcerosa	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>entzündlichen Hauterkrankungen</b>		
Hyperaktivität	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Neurodermitis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Konzentrationsschwäche	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Psoriasis	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
häufige Kopfschmerzen/Migräne	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Akne	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Multiple Sklerose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>bei Kindern</b>		
neurologischen Störungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	vermindertes Ganzkörperwachstum und ungenügende Entwicklung des Gehirns	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Arthrose	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Verringerung der Lernfähigkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Prämenstruelles Syndrom	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			
Rheuma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein			

**Medikamenten-Einnahme:** Nehmen Sie ein Medikament der unten aufgeführten Medikamentengruppen? Bitte zutreffendes ankreuzen.

<input type="radio"/> Antirheumatika	<input type="radio"/> sonstige
<input type="radio"/> Ciclosporin	
<input type="radio"/> Corticosteroide	Nehmen Sie Vitamin- und Mineralstoffpräparate ein?
<input type="radio"/> Warfarin	Wenn ja, welche?
<input type="radio"/> CSE-Hemmer	<input type="text"/>

## Bitte nennen Sie uns Ihre Ernährungsgewohnheiten

Ernähren Sie sich streng vegetarisch?  ja  neinVegan?  ja  neinEssen Sie häufig in Kantinen oder im Schnellimbiss?  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Ernähren Sie sich einseitig von Fertiggerichten, Konserven oder Fast Food?  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Ernähren Sie sich abwechslungsreich und vielseitig (Gemüse, Kartoffeln, Salate, Obst, Getreide, Fisch, Geflügel, Milch und Milchprodukte)?  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Essen Sie Fisch?  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)

Wie häufig essen Sie Fisch, der besonders reich an Omega-3-Fettsäuren ist?

Thunfisch  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Hering  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Lachs  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Aal  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Makrele  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Sardine  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Forelle  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Karpfen  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)

Wie häufig verwenden Sie zum Anmachen von Salaten oder zum Braten pflanzliche Öle, die reich an Omega-3-Fettsäuren sind?

Rapsöl  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Leinöl  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Walnussöl  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Sojaöl  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)

Wie häufig verwenden Sie zum Anmachen von Salaten oder zum Braten pflanzliche Öle, die reich an Omega-6-Fettsäuren sind?

Sonnenblumenöl  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Distelöl  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Maiskeimöl  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)

## Risikofaktoren/Lebensstil

Sind Sie Raucher?  ja  Zigaretten/Tag  
 neinWie oft trinken Sie Alkohol?  selten  
 gelegentlich (1–2x /Woche)  
 täglich (mind. 5x/Woche)Treiben Sie Sport oder üben Sie eine schwere körperliche Tätigkeit aus?  ja  Stunden/Woche  
 neinHaben Sie in letzter Zeit Gewichtsreduktionsdiäten gemacht?  ja  neinStehen Sie privat oder beruflich unter Stress?  ja  nein