

1. Persönliche Informationen

- 1.01 Vor- und Nachname
- 1.02 Festnetz-Nummer
- 1.03 Handy-Nummer
- 1.04 E-Mail
- 1.05 Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr)
- 1.06 Alter
- 1.07 Geschlecht
- 1.08 Nationalität
- 1.09 Zivilstand
- 1.10 Anzahl Kinder
- 1.11 Anzahl erwachsener Söhne / Töchter
- 1.12 Was für ein Lebensstil: einfach, normal, luxuriös, usw.
- 1.13 Haben Sie Hausangestellte / Koch / Babysitter
- 1.10 Wohnsitz

2. Klinische und ergänzende Informationen und Examen

- 2.01 Größe in Zentimetern
- 2.02 Aktuelles Gewicht in Kilogramm
- 2.03 Gewicht, das Sie haben möchten
- 2.04 Blutdruck (mmHg)
- 2.05 Puls (pul / min)
- 2.06 Blutgruppe
- 2.07 Blutzuckerspiegel (mg/dl)

3. Klinischer Hintergrund

- 3.01 Frühere Krankheiten
- 3.02 Aktuelle Krankheiten
- 3.03 Frühere medizinische Behandlungen
- 3.04 Medikamente die derzeit einnehmen
- 3.05 Familiengeschichte von Krankheiten
- 3.06 Unfallgeschichte
- 3.07 Impfungen die Sie während der Kindheit erhalten haben
- 3.08 Impfungen die Sie als Erwachsener erhalten haben
- 3.09 Frühere Arztbesuche und warum
- 3.10 Letzte Besuche bei Ärzten und warum
- 3.11 Welche Ärzte haben Sie besucht?
- 3.12 Haben Sie Akupunkturbehandlungen erhalten?
- 3.13 Haben Sie homöopathische Behandlungen erhalten?
- 3.14 Haben Sie Einläufe erhalten und welche?
- 3.15 Haben Sie gefastet und auf welche Art?
- 3.16 Haben Sie Wasser gefastet und für wie viele Tage?
- 3.17 Haben Sie intermittierend gefastet (12, 16 oder 18 Stunden ohne Essen)?
- 3.18 Welche Art von Zahnfüllungen haben Sie?
- 3.19 Haben Sie gute Zähne?

4. Schlafqualität

- 4.01 Wie oft wachst du während dem Schlafen auf?
- 4.02 Schlafen Sie nackt, mit Kleidung, was für Kleidung?

- 4.03 Wie viele Stunden schlafen Sie normalerweise?
- 4.04 Von wann bis wann schlafen Sie normalerweise?
- 4.05 In welcher Position schlafen Sie am liebsten?
- 4.06 Welche Art von Matratze benutzen Sie?
- 4.07 Wann wachen Sie auf?
- 4.08 Verwenden Sie einen Wecker?
- 4.09 Schlafen Sie "geerdet" (mit dem Boden verbunden)?
- 4.10 Schalten Sie das WLAN-Modem nachts aus?
- 4.11 Ist das Schlafzimmer komplett dunkel?
- 4.12 Wie lange und zu welcher Zeit beten oder meditieren Sie?

5. Lebensstil und Gewohnheiten

- 5.01 Baden Sie mit kaltem / heißem Wasser?
- 5.02 Wie oft am Tag duschen Sie oder waschen Sie Ihre Haare?
- 5.03 Wie oft trocknen Sie die Haare in der Sonne?
- 5.04 Trägst du Parfums?
- 5.05 Verwenden Sie Deodorant, welche Art?
- 5.06 Benützen Sie Make-up?
- 5.07 Benützen Sie Lippenstift?
- 5.08 Färben Sie die Haare?
- 5.09 Benützen Sie Gel?
- 5.10 Bemalen Sie Ihre Fingernägel?
- 5.11 Bemalen Sie Ihre Fußnägel?
- 5.12 Benützen Sie Cremes / welche?
- 5.13 Welche Kleidung bevorzugen Sie?
- 5.14 Welche Schuhe bevorzugen Sie?
- 5.15 Benützen Sie einen Büstenhalter?.....

- 5.16 Welche Zahnpasta verwenden Sie?
- 5.17 Wie viele Minuten benützen Sie das Handy außerhalb der Arbeitszeit?
- 5.18 Wie viele Minuten benutzen Sie ein schnurloses Telefon außerhalb der Arbeitszeit?
- 5.19 Benutzen Sie Kopfhörer mit Ihrem Handy außerhalb der Arbeitszeit?
- 5.20 Wie viele Stunden Fernsehen oder Spiele mit dem Handy?
- 5.21 Wie viele Stunden lesen Sie in einem Buch (nicht in der Zeitung)?
- 5.22 Wie viele Stunden machen Sie Handarbeiten?
- 5.23 Wie viele Stunden verbringen Sie in der Natur?
- 5.24 Wie viele Stunden gönnen sie sich tagsüber Ruhe, ohne etwas zu tun?
- 5.25 Wie viele Meter gehen Sie an einem Tag zu Hause oder am Arbeitsplatz?
- 5.26 Wie viele Stunden wandern Sie in der Natur?
- 5.27 Wie viele Stunden andere Aktivitäten
- 5.28 Wie viele Stunden verbringen Sie in der Sonne mit Kleidung?
- 5.29 Wie viele Stunden Sonnenbaden ohne Kleidung?
- 5.30 Wie viele Stunden laufen Sie barfuß auf Beton, Erde oder Gras?
- 5.31 Wie viele Minuten am Tag machen Sie etwas, das ihnen Spaß macht und was?
- 5.32 Welchen Lebensstil leben Sie, einfach / luxuriös?
- 5.33 Wie viel Zeit verbringen Sie mit Freunden?
- 5.34 Wie viel Zeit verbringen Sie alleine?
- 5.35 Wie viel Zeit verbringen Sie in Clubs / Vereinen?
- 5.36 Haben Sie Süchte (Zigaretten / Alkohol / Medikamente etc.)?
- 5.37 Haben Sie Hobbies?

6. Essen

- 6.01 Was frühstücken Sie normalerweise?
- 6.02 Wann frühstücken Sie?.....
- 6.03 Was frühstücken Sie?
- 6.04 Wie lange frühstücken Sie?
- 6.05 Was isst du morgens zwischen den Mahlzeiten?
- 6.06 Was trinken Sie morgens zwischen den Mahlzeiten?
- 6.07 Was haben Sie normalerweise zum Mittagessen?
- 6.08 Wann haben Sie normalerweise das Mittagessen?
- 6.09 Was trinken Sie normalerweise zum Mittagessen?
- 6.10 Welche Desserts essen Sie zu Mittag?
- 6.11 Was essen Sie am Nachmittag zwischen den Mahlzeiten?.....
- 6.12 Wann haben Sie normalerweise das Nachtessen?
- 6.13 Was haben Sie normalerweise zum Nachtessen?
- 6.14 Was trinken Sie normalerweise zum Nachtessen?
- 6.15 Welche Desserts essen Sie zum Abendessen?
- 6.16 Welche "Snacks" essen Sie nach dem Abendessen?
- 6.17 Welche Getränke nehmen Sie nach dem Abendessen?
- 6.18 Wie oft gehen Sie pro Woche in ein Restaurant?
- 6.19 Wie oft gehen Sie in eine Bar, zum Tanz, ein Fest, Versammlung, Kino usw.?
- 6.20 Was isst und trinken Sie bei diesen Gelegenheiten?
- 6.21 Welches Fett / Öl verwenden Sie für heiße / frittierte Lebensmittel?
- 6.22 Welches Öl verwenden Sie für Salate?
- 6.23 Mit was versüßen Sie die Speisen und Getränke?
- 6.24 Was für Brot essen Sie?
- 6.25 Was für Reis essen Sie?
- 6.26 Was für Milchprodukte essen Sie?
- 6.27 Was für Kartoffeln essen Sie?

- 6.28 Was für Früchte essen Sie?
- 6.29 Was für Gemüse, Wurzelgemüse essen Sie?
- 6.30 Welche Art von präbiotischen Hülsenfrüchten (Bohnen, Erdnüsse, Linsen) essen Sie?
- 6.31 Andere Präbiotika, Bananen, Knoblauch, Äpfel, Zwiebeln, Artischocken, Lauch, Karotten usw.?
- 6.32 Was für Probiotika Sauerkraut, Kombucha, eingelegte Gurken, Kefir usw.?
- 6.33 Welches Salz verwenden Sie?
- 6.34 Welche Nahrungsergänzungsmittel (Magnesiumchlorid, Seetang, Jod)?
- 6.35 Was für Wasser trinken Sie?
- 6.36 Welche Art von Gewürzen verwenden Sie (MSG, Maggie, Curry, Pepper usw.)?
- 6.37 Kräuter / Wurzeln (Kurkuma / Ingwer / Knoblauch / Petersilie)?
- 6.38 Welche verarbeiteten und / oder verpackten Lebensmittel in Dosen oder Plastik essen Sie?
- 6.39 Wo kaufen Sie das Obst und Gemüse?
- 6.40 Wieviel Prozent des Obstes / Gemüse und anderer Produkte sind Bio?

7. Arbeit und körperliche Aktivität

- 7.01 Was ist Ihr Job?
- 7.02 Wie transportieren Sie sich zur Arbeit und wie lange dauert es?
- 7.03 Was ist Ihre Arbeitszeit?
- 7.04 Wie viel Stress haben Sie im Verkehr oder bei der Arbeit?
- 7.05 Wie viel Zeit verbringen Sie sitzend bei der Arbeit?
- 7.06 Wie viel Zeit verbringen Sie vor dem Computer?
- 7.07 Wie viele Minuten gehen Sie bei der Arbeit?
- 7.08 Wie viele Minuten benützen Sie das Handy bei der Arbeit?
- 7.09 Wie viele Minuten benützen Sie das schnurlose Telefon bei der Arbeit?
- 7.10 Benutzen Sie bei der Arbeit Kopfhörer mit Ihrem Handy?
- 7.11 Wie kommen Sie wieder nach Hause und wie lange dauert es?
- 7.12 Wie viele Stunden machen Sie körperliche Übungen?

8. Zuhause

- 8.01 Wie viele Sparlampen?
- 8.02 Wie viele LED-Lampen?
- 8.03 Benutzen Sie einen Mikrowellen Ofen?
- 8.04 Wie viele Handys?
- 8.05 Wie viele schnurlose Telefone?
- 8.06 Wie viele Laptops / Tablets?
- 8.07 Wie viele Computer?
- 8.08 Wie viele Aluminiumpfannen?
- 8.09 Wie viele Teflonpfannen?
- 8.10 Verwenden Sie Aluminiumfolie?
- 8.11 Wie viele Fernseher haben Sie?
- 8.12 Wie viele Modems mit WLAN?
- 8.13 Wo im Haus ist das Modem?
- 8.14 Wie viele Begasungen pro Jahr?
- 8.15 Welche Seifen und Waschmittel verwenden Sie?
- 8.16 Verwenden Sie Weichspüler?
- 8.17 Hängen Sie die Wäsche in die Sonne, um sie zu trocknen?
- 8.18 Gibt es eine Straße in der Nähe, wo Sie die Kleider trocknen?
- 8.19 Leben Sie in der Nähe einer vielbefahrenen Straße?
- 8.20 Leben Sie in der Nähe eines Antennenturms, wie nah?
- 8.21 Leben Sie in der Nähe eines Elektrotransformators, in welcher Distanz?
- 8.22 Leben Sie in der Nähe einer Fabrik mit Lärm oder Gerüchen?

9. Kindheit 0-7 Jahre

- 9.01 Bis zu 7 Jahren gab es da körperlichen / verbalen / sexuellen Missbrauch?
- 9.02 Während wie langer Zeit / wie oft / in welchem Alter?
- 9.03 In dieser Zeit kam es zu Unfällen, zum Tod oder zur Scheidung der Eltern?
- 9.04 Welche Art von Beziehung hatten ihre Eltern und Großeltern?.....

10. Jugendzeit 8-25 Jahre

- 10.01 Nach 7 Jahren gab es da körperlichen / verbalen / sexuellen Missbrauch?
- 10.02 Während wie langer Zeit / wie oft / in welchem Alter?
- 10.03 In dieser Zeit kam es zu Unfällen, zum Todo der zur Scheidung der Eltern?