

# Fragebogen Re

Name: .....

Vorname: .....

Mehrfach-Nennung zum Teil möglich

## Was hat sich seit Beginn der Stoffwechseloptimierung verbessert?

- Energie
  Gewicht
  Gesundheit/Wohlbefinden
- Darm      wie: .....
- Magen      wie: .....
- Schlaf      wie: .....
- Werte wie Blutfette, Blutzucker, Leber etc. verbessern
- Sonstiges: .....



## Wie fühlten Sie sich in den letzten vier Wochen in Bezug auf:

- |                             |                       |                            |                            |                            |                            |                            |   |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Müdigkeit                   | (gar nicht müde)      | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (total müde)      |
| Depression                  | (gar nicht depressiv) | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (total depressiv) |
| Schmerzen (egal wo)         | (keine Schmerzen)     | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (maximal)         |
| Schlafstörungen             | (gut und tief)        | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (sehr schlecht)   |
| Konzentration/Merkfähigkeit | (keine Probleme)      | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 10 (maximal)         |

## Wie hat sich Ihr Essverhalten verändert?

	Ja	Nein	Hin und wieder	Sehe ich nicht ein!	Kann noch verbessert werden!
Essen Sie allgemein weniger?					
Essen Sie allgemein mehr?					
Verzichten Sie mehr oder weniger auf Zucker?					
Essen Sie weniger Kohlenhydrate?					
Essen Sie mehr Gemüse?					
Essen Sie weniger Früchte?					
Essen Sie mehr Frisches und weniger Fertigprodukte?					
Trinken Sie Süssgetränke?					
Haben Sie einen Abstand von 4-5 h zwischen den Mahlzeiten?					
Essen Sie weniger dazwischen?					
Ernähren Sie sich nahe am Ernährungsplan?					

## Was sollte sich noch verbessern?

.....

.....

.....



## Welche körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit aufgetreten?

Wählen Sie zwischen «die ganze Zeit» bis «nie» - zählen Sie dann die Punkte zusammen!

Beschwerden	die ganze Zeit	meistens	die Hälfte der Zeit	selten	nie
	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Fühlen Sie sich nach dem Aufstehen noch müde und erschöpft oder wie zerschlagen?					
Haben Sie Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen? Was? <input type="checkbox"/> Ein? <input type="checkbox"/> Durch? <input type="checkbox"/> Beides?					
Ermüden Sie schnell?					
Fühlen Sie Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?					
Fühlen Sie sich schnell gestresst?					
Haben Sie das Gefühl von Watte im Kopf?					
Haben Sie Konzentrationsschwierigkeiten?					
Fühlen Sie sich benommen?					
Haben Sie ein Gefühl der Schwere in der Herzgegend?					
Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen oder Atemnot?					
Haben Sie einen empfindlichen Magen?					
Haben Sie Bauchschmerzen?					
Haben Sie Blähungen?					
Haben Sie ein Völlegefühl?					
Haben Sie Verstopfung?					
Haben Sie Durchfall?					
Haben Sie plötzliche Schweissausbrüche?					
Haben Sie Schmerzen? Wo? <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Nacken <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> ....					
Haben Sie Missempfindungen an Armen, Händen, Beinen oder Füßen (Kribbeln, Prickeln, Taubheit)?					
Sind Sie schmerzempfindlich?					
Spüren Sie, dass Ihr Körper verkrampft ist?					
Haben Sie Allergien?					
Haben Sie das Gefühl überfordert zu sein?					
Haben Sie Stimmungsschwankungen?					
Haben Sie depressive Gedanken?					
Haben Sie Lust auf Süßes? Heisshunger?					
Punktzahl / Spalte					
Gesamtpunktzahl					

Je höher die Punktzahl (zwischen 0 – 100), desto besser geht es Ihnen!

## Adrenal Fatigue - Fragebogen nach Dr. Wilson

Dieser Fragebogen wurde übersetzt aus dem englischen Original von Dr. Wilson (adrenalfatigue.org) und unter [www.adrenal-fatigue.de](http://www.adrenal-fatigue.de) zur Verfügung gestellt.

- 1. Andauernde Müdigkeit, die sich durch Schlaf nicht bessert?**  Ja  Nein  
Trotz gutem nächtlichen Schlaf fühlen Sie sich morgens immer noch müde. Erholsamer Schlaf ist für Sie ein Fremdwort.
- 2. Verlangen nach Salz oder salzigen Lebensmitteln?**  Ja  Nein  
Salz (auch Salzwasser) bessert die Beschwerden. Sie verdrücken oft die ganze Tüte Chips oder salzen Essen nach.
- 3. Sie sind lethargisch, haben wenig Energie?**  Ja  Nein  
Alles wird zur (Schwerst-) Arbeit, sogar Dinge die sie mögen?
- 4. Sie sind leicht ermüdbar.**  Ja  Nein  
Alles verlangt grosse Anstrengungen. Eine Runde um den Block wird zum Marathon.
- 5. Geringe Libido**  Ja  Nein  
Der heisseste Kinostar könnte in Ihrem Schlafzimmer warten - sie würden eine Migräne vortäuschen. Sex ist meist das letzte an was Sie denken, wenn Sie kaum genug Energie haben Ihren Kopf aufrecht zu halten.
- 6. Verminderte Fähigkeit mit Stress umzugehen.**  Ja  Nein  
Kleinigkeiten, die Ihnen nie etwas ausgemacht haben, verursachen Stress. Aggressives Autofahren, andauernde Ängstlichkeit, die Kinder anschreien, zwanghaftes Essen, Rauchen oder Drogenkonsum sind Zeichen dafür, dass Ihre Nebennieren um Hilfe schreien.
- 7. Verlangsamte Wundheilung und wiederkehrende Infekte.**  Ja  Nein  
Sie leiden an wiederkehrenden Infekten, die sich lange hinziehen und verlangsamter Wundheilung?
- 8. Milde Depressionen**  Ja  Nein  
Leiden Sie manchmal unter Depressionen? Alles erscheint Ihnen sinnlos?
- 9. Wenig Freude oder Spass am Leben.**  Ja  Nein  
Nichts scheint Sie mehr zu interessieren. Arbeit und Beziehungen scheinen leer und Sie tun fast nie etwas nur zum Spass.
- 10. Verstärkte PMS (Prämenstruelles Syndrom)**  Ja  Nein  
Aufgebläht sein, müde, reizbar, Krämpfe und Verlangen nach Schokolade – wird es noch schlimmer
- 11. Die Symptome verschlechtern sich wenn eine Mahlzeit ausgelassen wird oder nicht ausreichend / angemessen ist?**  Ja  Nein  
Sie müssen oft zu Snacks, Cola und Kaffee greifen um nicht zu kollabieren?
- 12. Gedanken sind wenig konzentriert, eher verworren. Wattiger Kopf.**  Ja  Nein  
Sie verlieren regelmässig den roten Faden und es ist schwieriger Entscheidungen zu treffen?
- 13. Ihnen wird schwindelig oder schwarz vor Augen bei schnellem Aufstehen?**  Ja  Nein  
Sie fühlen sich manchmal etwas benebelt oder gar als ob sie ohnmächtig werden, wenn Sie zu schnell von ihrem Stuhl oder Bett aufstehen?
- 14. Ihr Gedächtnis lässt nach?**  Ja  Nein  
Sie sind so vergesslich und verwirrt, sie müssten Professor sein?
- 15. Niedrige Toleranz**  Ja  Nein  
Menschen scheinen sehr viel anstrengender als sie es sein sollten.
- 16. Schwierigkeiten morgens wach zu werden?**  Ja  Nein  
Mit drei Wecker fühlen Sie sich immer noch nicht wach genug, ihren Kopf zu heben oder ihre Augen zu öffnen.
- 17. Tiefpunkt am Nachmittag zwischen 15 und 17 Uhr?**  Ja  Nein  
Etwa zu dieser Uhrzeit fühlen sie sich wie unter Drogen und schläfrig?
- 18. Sie fühlen sich besser nach dem Abendessen?**  Ja  Nein  
Nach 18 Uhr und dem Abendessen fühlen Sie sich wieder lebendig?
- 19. Verminderte Produktivität?**  Ja  Nein  
Sie brauchen länger für Ihre Aufgaben und es fällt Ihnen schwer dabeizubleiben.
- 20. Grössere Anstrengungen die täglichen Aufgaben zu erledigen.**  Ja  Nein  
Alles scheint grössere Anstrengungen zu erfordern als üblich.