

So sollte es sein:

Ihr persönlicher Ernährungs-Check

Kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die meistens für Sie zutreffende Antwort an:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| 1. Wie oft essen Sie frisches Obst und Gemüse? | A Selten | <input type="checkbox"/> |
| | B 2 – 3 mal wöchentlich | <input type="checkbox"/> |
| | C Täglich | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Wenn Sie zwischendurch Hunger bekommen, womit stillen Sie ihn? | A Mit Plätzchen, Kuchen, oder was gerade da ist. | <input type="checkbox"/> |
| | B Mit Fertigprodukten, z. B. Fruchtojoghurt oder Müsliriegel | <input type="checkbox"/> |
| | C Mit Naturjoghurt, dazu frisches Obst nach Jahreszeit | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Wenn's mittags schnell gehen soll, wo würden Sie dann zugreifen? | A Am liebsten bei Bratwurst und Pommes | <input type="checkbox"/> |
| | B Beim belegten Brötchen | <input type="checkbox"/> |
| | C Bei einem frischen Salat mit Joghurtdressing | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Wenn Sie Gemüse zubereiten wollen, was kaufen Sie dann? | A Konservenware | <input type="checkbox"/> |
| | B Tiefkühlkost | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | C Frisches Gemüse | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Was naschen Sie abends beim Fernsehen? | A Am liebsten Pralinen oder Schokolade | <input type="checkbox"/> |
| | B Gesalzene Erdnüsse, Chips oder Flips | <input type="checkbox"/> |
| | C Ich esse Obst nach Jahreszeit, manchmal einen Joghurt oder Nüsse | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. Womit würzen Sie Ihre Speisen? | A Mit gewöhnlichem Speisesalz | <input type="checkbox"/> |
| | B Mit Gewürzmischungen | <input type="checkbox"/> |
| | C Mit Kräutern und Gewürzen | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Welche Fette/Öle verwenden Sie in der Küche für die Zubereitung von Gerichten? | A Butter | <input type="checkbox"/> |
| | B Margarine/Pflanzencreme | <input type="checkbox"/> |
| | C pflanzliche Öle | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | welche: Rapsöl , Olivenöl | |

8. Was trinken Sie überwiegend?

- A Limonade, Cola, Fruchtsaftgetränke, Tee, Kaffee
- B Mineralwasser, Kaffee, Tee
- C Ich wechsele ab: Mineralwasser, Früchte- und Kräutertees, Kaffee, verdünnte Frucht- und Gemüsesäfte

9. Wie viel trinken Sie pro Tag?
(ausgenommen Kaffee und schwarzer Tee)

- A < 1 Liter
- B ca. 1,5 Liter
- C > 2 Liter

10. Welche Bedeutung hat für Sie eine ballaststoffreiche Kost?

- A Was ist das?
- B Ab und zu sollte man sie schon zu sich nehmen.
- C Ich bemühe mich täglich um eine ausreichende Menge.

11. Frühstücken Sie?

- A Ja
- B Nein

Wenn „Ja“:

Was frühstücken Sie? 4 Esslöffel Haferflocken mit einem Apfel und Joghurt

Wann frühstücken Sie? 7:00 Uhr

12. Um wie viel Uhr essen Sie zu Abend? 18:00 Uhr

13. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (z. B. Vitamintabletten) ein?

- A Ja
- B Nein

Wenn „Ja“, welche? _____

14. Wie oft treiben Sie Sport in der Woche?

- A < 1 mal
- B 1 bis 3 mal
- C > 3 mal

15. Entspannen Sie regelmäßig?

Wenn „Ja“, wie? Ja, ich gehe einmal in der Woche im Wald spazieren, dort ist es schön ruhig und nur die Geräusche der Natur sind zu hören.