

# Benötige ich persönlich Nahrungsergänzung?

Stellen Sie sich folgende Fragen und antworten Sie mit „Ja“ oder „Nein“:

	JA	NEIN
Trinken Sie mehr als zwei Tassen Kaffee, roten Tee, schwarzer Tee täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich Cola, Limo, Light-Getränke, Energie-Drinks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie täglich mehr als 200 ml Milch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie öfter als dreimal täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie am Abend Rohkost oder Vollkornprodukte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Heißhungerattacken auf Süßes oder Deftiges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwenden Sie Diät- bzw. Lightprodukte (Süßstoff)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lutschen Sie gerne Bonbons oder kauen Sie Kaugummi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Pille, Abführmittel, usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie WENIGER als viermal in der Woche FRISCHE selbst zubereitete Speisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie wöchentlich Fastfood (Pizza, eingeschweißte Wurst, Hamburger, Fertiggerichte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie Nahrung aus der Mikrowelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich oft müde und abgeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Blähungen, Völlegefühl oder Unwohlsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie öfter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie täglich Zigarettenrauch ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Befinden Sie sich in einer familiären oder beruflichen Stresssituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie täglich am PC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie die Spirale oder benutzen Sie regelmäßig Tampons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie starken Elektrobelastrungen ausgesetzt? (Tragen Sie oft ein Handy bei sich? Haben Sie eine Sitzheizung in Ihrem Fahrzeug oder schlafen Sie in einem Wasserbett?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie mehr als zweimal mit „Ja“ geantwortet haben macht es Sinn, über den Gebrauch von Nahrungsergänzungprodukten nachzudenken.