**Ihr persönlicher Fragebogen**

1. Aus welchem Grund wünschen sie ein Beratungsgespräch?
2. Name, Anschrift, Telefon
3. Geburtsdatum, Gewicht, Größe
4. Sind sie Vegetarier/in, Veganer/in?
5. Wie oft essen Sie Fleisch und Fisch in der Woche?
6. Wieviel Portionen (eine Portion ist z.B. ein Apfel oder eine Banane) Obst essen Sie am Tag?
7. Wieviel Portionen (eine Portion ist z.B. eine halbe Gurke oder ein Viertel Blumenkohl) Gemüse essen Sie am Tag?
8. Wieviel trinken Sie am Tag? Angabe in Litern. Alles außer Alkohol zählt.
9. Was trinken Sie überwiegend? (z.B. Wasser oder Tee oder Softgetränke)
10. Können Sie 6 Stunden in der Nacht durchgehend schlafen?
11. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?
12. Trinken sie regelmäßig Alkohol? Wenn Ja, wieviel?
13. Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche?
14. Haben sie eine Unverträglichkeit? Wenn ja, welche?
15. Sind Sie Diabetiker/in?
16. Haben Sie eine chronische Erkrankung? Wenn ja, welche?
17. Haben Sie Probleme mit dem Blutdruck?
18. Haben Sie Probleme mit der Verdauung? Verstopfung oder Durchfälle?
19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und wofür?
20. Nehmen Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche und warum?
21. Benutzen Sie ein Deo? Wenn ja, enthält es Aluminiumsalze?
22. Welche Produkte benutzen Sie für Ihre Haare und Kopfhaut? Fotografieren Sie die INCI-Liste
23. Welche Wärmequelle (Föhn etc.) benutzen Sie für Ihre Haare?
24. Wie lang sind Ihre Haare?
25. Sind Ihre Haare chemisch behandelt?
26. Wie oft waschen Sie Ihre Haare?
27. Fotografieren Sie Ihre Kopfhaut. Dazu scheiteln Sie Ihr Haar in der Mitte des Kopfes und fotografieren den Vorderkopfbereich und den Wirbel. Scheiteln Sie jeweils die Seiten zwei cm über dem Ohr und machen auf jeder Seite ein Foto.