Kreuzen Sie hier an, wie häufig Sie die unten genannten Lebensmittel verzehrt haben:

Lebensmittelgruppen/ Häufigkeiten	mehrm. täglich	1 x pro Tag	mehrm. wöchentl.	1 x pro Woche	monatl. 2-3 x	selten	nie		
Gruppe 1: Getreideprodukte, Kartoffelprodukte									
Vollkornbrot, -brötchen Vollkorntoast									**201**
Graubrot, Mischbrot, Knäckebrot									**202**
Brötchen, Weißbrot, Toast									**203**
Müsli, Getreideflocken, Cornflakes									**204**
Nudeln, Reis									**205**
Vollkornnudeln, Vollkornreis									**206**
Kuchen (trocken), Kekse, Gebäck									**207**
Obstkuchen									**208**
Torte, Sahnetorte									**209**
Kartoffeln (gegart)									**210**
Pommes, Bratkartoffeln, Kroketten									**211**
Gruppe 2: Gemüse/ Hülsenfrüchte/Obst									
Hülsenfrüchte (Bohnen, Erbsen, Linsen)									**221**
frisches Gemüse, TK-Gemüse, gegart									**222**
Rohkost (rohes Gemüse, Salate)									**223**
Gemüsekonserve									**224**
Gruppe 3: Obst									
frisches Obst									**231**
Kompott, Obstkonserve									**232**
Trockenfrüchte, Fruchtschnitten									**233**
Gruppe 4: Milch, -produkte									
Trinkmilch, Joghurt usw. 3,5% F.i.Tr.									**241**
Trinkmilch, Joghurt, Buttermilch 1,5% F.i.Tr.									**242**
Käse unter 30% F.i.Tr., Quark mager									**243**
Käse über 30% F.i.Tr., Sahnequark									**244**

Lebensmittelgruppen/ Häufigkeiten	mehrm. täglich	1 x pro Tag	mehrm. wöchentl.	1 x pro Woche	monatl. 2-3x	selten	nie		
Gruppe 5: Fleisch, Fisch, Wurst, Eier									
mageres Fleisch (z.B. Geflügel)									**251**
fettarme Wurst, Aufstrich (z.B. Gefügelwurst, Corned beef)									**252**
fettreiche Wurst, Aufstrich (z.B. Salami, Blut-, Leber-, Tee-, Bratwurst)									**253**
mittelfettes, fettes Fleisch (Kotelett, Bauch, Speck)									**254**
Eier									**255**
Seefisch, Süßwasserfisch									**256**
Gruppe 6: Getränke									
alkoholische Getränke (Bier, Wein usw.)									**261**
Ungesüßte Getränke, z.B. Wasser, Kräuter-, Früchte-tee, entcoff. Kaffee									**262**
Coffeinhaltige Getränke (Tee, Kaffee)									**263**
gesüßte Getränke, z.B. Limonaden, Cola-Getränke									**264**
Fruchtsaft, 100 %									**265**
Gemüsesaft, 100 %									**266**
Gruppe 7: Fette/Öle									
Butter, Margarine, Schmalz									**271**
pflanzl. Öle, z.B. Sonnen-blumenöl, Olivenöl, Distelöl									**272**
Gruppe 8: Süßspeisen									
Zucker, Süßigkeiten, Honig, Marmelade									**281**
Nuss-Nougat-Creme, Schokolade									**282**
Müsliriegel									**283**
Salzgebäck, Knabberartikel									**284**
Eis, Pudding									**285**
Nüsse, Studentenfutter, Pistazien etc.									**286**
Gruppe 9: Fertiggerichte									
Pizza, Lasagne, Nudelgerichte, Hamburger									**291**
Suppen/Eintöpfe									**292**
Fertigsoßen/Fertigsuppen									**293**
Fertigsalate (Geflügelsalat, Kartoffelsalat)									**294**

© RICHTIG ESSEN INSTITUT, Berlin 2006

Klären Sie bitte folgende Fragen ggf. mit Ihrem Arzt
(**Bitte ankreuzen, wenn es zu trifft**):

	ja	
Sind Sie öfters müde oder abgespannt?		**101**
Sind Sie nervös und leicht reizbar?		**102**
Stehen Sie permanent unter Stress?		**103**
Rauchen Sie mehr als 5 Zigaretten pro Tag?		**104**
Sind Sie häufig erkältet (mindestens drei Mal im Jahr)?		**105**
Haben Sie öfters Kopfschmerzen oder Migräne?		**106**
Haben Sie Probleme beim Sehen im Dämmerlicht/am Bildschirm?		**107**
Leiden Sie unter Blähungen?		**108**
Leiden Sie unter Verstopfung?		**109**
Leiden Sie unter dem prämenstruellen Syndrom (Regelbeschwerden)?		**110**
Leiden Sie unter Wasseransammlungen (geschwollene Beine)?		**111**
Leiden Sie unter Muskelkrämpfen?		**112**
Haben Sie extrem trockene Haut?		**113**
Haben Sie Neurodermitis?		**114**
Leiden Sie unter Haarausfall?		**115**
Leiden Sie unter splitternden und brüchigen Fingernägeln?		**116**
Machen Sie regelmäßig Schlankheitsdiäten?		**117**

Haben Sie:

... erhöhte Harnsäurewerte?		**121**
... erhöhte Cholesterinwerte?		**122**
... eine Getreideallergie?		**123**
... eine Milchallergie?		**124**
... Bluthochdruck?		**125**
... rheumatische Beschwerden?		**126**
... Diabetes mellitus Typ 1?		**127**
... Diabetes mellitus Typ 2?		**128**

Nehmen Sie:

... die Pille, Östrogene?		**131**
... regelmäßig Schmerzmittel?		**132**
...regelmäßig Abführmittel?		**133**
... cholesterinsenkende Mittel?		**134**

Sind Sie schwanger?		**141**
Stillen Sie zur Zeit?		**142**
Sind Sie über 50 Jahre?		**143**
Sind Sie sportlich aktiv?		**144**

DER NUTRIWELL-CHECK

Der NutriWell-Check – der kurze und attraktive Esstest für den, der genauer wissen will, wie gut er sich ernährt. Er beurteilt das Essverhalten nicht nur nach dem, was man gegessen hat, sondern auch danach, wie man sich fühlt.

Name:	**Ihr Alter in Jahren:**
Vorname:	**Ihre Größe in cm:**
Straße:	**Ihr Gewicht in kg*:**
PLZ/Ort:	* Bei einer Schwangerschaft, bitte das Gewicht vor der Schwangerschaft eintragen

Bitte tragen Sie oben Ihre persönlichen Daten ein und füllen Sie den Check auf der Innenseite aus.

Der NutriWell-Check wurde Ihnen überreicht durch: _____

Unterschrift des Teilnehmers: _____

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten erhoben und ausschließlich im Rahmen einer internen, wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden. Die Daten sind geschützt. Die Daten unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes, eine Weitergabe der personenbezogenen Daten an Dritte wird nicht genehmigt.