

# Der Gesundheitsfragebogen

## Deine persönlichen Daten

|                 |  |
|-----------------|--|
| Vorname:        |  |
| Nachname:       |  |
| Adresse:        |  |
| PLZ:            |  |
| Wohnort:        |  |
| Geburtsdatum:   |  |
| Telefon:        |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

|                          |                                                                                                                                                    |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ich habe die Datenschutzerklärung auf der Homepage <a href="http://www.coachhanitz.de">www.coachhanitz.de</a> zur Kenntnis genommen und stimme zu. |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Bitte beachte:

Der Online Check ersetzt **keine genaue Stoffwechselmessung vor Ort**, sondern dient als **erste Orientierung**, um zu erkennen, wo mögliche Ungleichgewichte bestehen und ob eine individuelle Ernährungsberatung in Deinem Fall hilfreich ist.

So erhältst Du einen ersten Eindruck über Deinen Stoffwechsel – kostenlos, unkompliziert und persönlich ausgewertet.

### Zum Verständnis

Der **Metabolic Check** ist der erste Schritt und bildet die Grundlage für deinen Erfolg. Deine Ziele zu erreichen ist ein Prozess, der Zeit, Geduld und eine klare Struktur erfordert – denn jeder Stoffwechsel ist einzigartig.

Entscheidend sind dabei zwei Faktoren: **meine professionelle Begleitung mit allen erprobten Methoden** und **deine Motivation sowie Bereitschaft, aktiv mitzuwirken**. Wenn Du beides vereinst, schaffen wir gemeinsam die besten Voraussetzungen für nachhaltige Ergebnisse und spürbare Veränderungen.

## online Metabolic Type Check

Bitte alle Daten ausführlich ausfüllen!

Was sind Deine konkreten Ziele und was willst Du verbessern?

- |                                                   |                                                |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abnehmen/leichter fühlen | <input type="checkbox"/> Fitter/Wohler fühlen  |
| <input type="checkbox"/> Ernährung umstellen      | <input type="checkbox"/> Darmbeschwerden       |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden    | <input type="checkbox"/> Gesundheit verbessern |

Warum machst Du den Metabolic Check?

- |                                          |                                                         |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nur aus Neugier | <input type="checkbox"/> Weil ich Unterstützung brauche |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

Wie wichtig ist Dir das Erreichen Deiner Ziele?

- |                                    |                                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unwichtig | <input type="checkbox"/> Emotional sehr wichtig |
|------------------------------------|-------------------------------------------------|

Wie hoch ist Deine Motivation?

- |                                 |                                                         |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gering | <input type="checkbox"/> Ich will meine Ziele erreichen |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------|

**Hinweis:** ich kann nur Menschen helfen, die wirklich wollen und motiviert sind, Ihre Ziele zu erreichen.

Wie bist Du auf mein Coaching aufmerksam geworden?

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung | <input type="checkbox"/> Google      |
| <input type="checkbox"/> Facebook   | <input type="checkbox"/> Instagram   |
| <input type="checkbox"/> Gutschein  | <input type="checkbox"/> Andere Wege |

Empfehlung oder andere Wege? Wenn ja, welche? Über wen?

Hast Du bereits einen Termin? Wenn ja, wann?

## Dein Körper

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Körpergröße:</b>                                                                                                       | cm |
| <b>Aktuelles Gewicht:</b>                                                                                                 | kg |
| <b>Wunschgewicht:</b>                                                                                                     | kg |
| <b>Körperfettanteil:</b><br><small>Bei einem Live-Termin einfach eine 0 eintragen!</small>                                | %  |
| <b>Taille:</b><br><small>zwischen Bauchnabel und Beckenkamm /<br/>Bei einem Live-Termin einfach eine 0 eintragen!</small> | cm |
| <b>Halsumfang:</b><br><small>Kragenweite /<br/>Bei einem Live-Termin einfach eine 0 eintragen!</small>                    | cm |
| <b>Gesäß:</b><br><small>die breiteste Stelle /<br/>Bei einem Live-Termin einfach eine 0 eintragen!</small>                | cm |
| <b>Viszerales Bauchfett:</b><br><small>Bei einem Live-Termin einfach eine 0 eintragen!</small>                            | %  |
| <b>Wasseranteil:</b><br><small>Bei einem Live-Termin einfach eine 0 eintragen!</small>                                    | %  |

|                                    |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Blutgruppe</b>                  |                             |
| <input type="checkbox"/> A         | <input type="checkbox"/> B  |
| <input type="checkbox"/> 0         | <input type="checkbox"/> AB |
| <input type="checkbox"/> Unbekannt |                             |

|                                                                                                  | Ja                       | Nein                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Besteht bei Dir ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmst Du blutverdünnende Arzneimittel ein (Macumar oder Falithrom)?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast Du ein schwaches Immunsystem oder häufig Infekte?                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmst Du Schilddrüsenhormone ein?                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast Du einen erhöhten Blutdruck?                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidest Du unter rheumatischen Beschwerden?                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmst Du Cholesterinsenker ein?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidest Du an Asthma?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Dein Stuhlgang überwiegend weich? (mehr als normal)                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hattest Du schon einmal eine Leberentzündung (Hepatitis)?                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Dir eine Histaminunverträglichkeit?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht bei Dir eine Laktoseintoleranz? (Unverträglichkeit von Milchzucker)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidest Du unter einer Glutenunverträglichkeit?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leidest Du unter einer Fruktosemalabsorption? (Fruchtzuckerunverträglichkeit, Reaktion auf Obst) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Leidest du unter...

- |                                                          |                                            |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hormon Störungen (Wechseljahre? | <input type="checkbox"/> akuten Allergien? |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen?                     | <input type="checkbox"/> Verstopfung?      |
| <input type="checkbox"/> Blähungen?                      |                                            |

Fühlst Du Dich generell energielos und schlapp?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

## Aktivitäten

Welche Sportarten übst Du regelmäßig aus?

Wie häufig treibst du Sport? (pro Woche) 1-3, 3-5, 5-8 oder mehr als 8 Stunden

Bevorzugst Du im Urlaub mehr Ruhe statt Bewegung?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unterschiedlich

Fühlst Du Dich nach intensiven Sporteinheiten ausgeglichen?

- ☐ Ja ☐ Nein

## Beruf

Hast Du Deinen „richtigen“ Beruf/Aufgabe im Leben gefunden?  
Arbeitest Du im Schichtdienst?

- ☐ Ja ☐ Nein  
☐ Ja ☐ Nein

Welchen Beruf übst Du aus?

Wie viele Stunden sitzt Du im Beruf? (pro Tag) 1-3, 3-5, 5-8 oder mehr als 8 Stunden

## Charakterzüge

|                                                                                             | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kannst Du Deine Ideen gut in Tat und Handlung umsetzen?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann man Dich leicht reizen?                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kannst Du Dich gut abgrenzen und leicht „NEIN“ sagen?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stellst Du Deine eigenen Interessen oft für andere in den Hintergrund?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlst Du Dich innerlich stark, stabil und selbstbewusst?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nimmst Du Dir die äußeren Geschehnisse leicht zu Herzen?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liebst Du Herausforderungen beim Sport oder im Beruf?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diskutierst Du gerne?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stehst Du gerne im Mittelpunkt?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist Du eher distanziert und zurückhaltend?                                                 |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Manchmal |                          |                          |

## Konsumverhalten

|                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Rauchst du?         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Trinkst du Alkohol? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Wie viel Liter (Wasser) trinkst Du pro Tag?                                            |
| <input type="checkbox"/> weniger als 2 Liter <input type="checkbox"/> mehr als 2 Liter |

|                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wie bereitest Du Deine Gerichte zu?                                                        |
| <input type="checkbox"/> aus der Mikrowelle <input type="checkbox"/> aus der Konservendose |
| <input type="checkbox"/> Fertiggerichte <input type="checkbox"/> Frische Kost              |

## Schlaf

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| Wie ist Dein Schlafverhalten? 4-6, 6-8 oder 8-12 Stunden |
|                                                          |

|                                           |                             |                               |
|-------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Erwachst Du morgens erholt und ausgeruht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| Wenn Du aufwachst, um wie viel Uhr wachst Du häufig auf? |
|                                                          |

Wie hoch ist dein Stresslevel von 1 - 10? Wenn 10 am höchsten ist.

Wie lange hält dein Stresslevel schon an? Tage, Wochen, Monate, Jahre?

## Lebensmittel, Essverhalten und Auswirkungen

Was isst du?

- |                                           |                                       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eier             | <input type="checkbox"/> Fisch        |
| <input type="checkbox"/> Fleisch          | <input type="checkbox"/> Geflügel     |
| <input type="checkbox"/> Kuhmilchprodukte | <input type="checkbox"/> Sojaprodukte |

|                                                                    |                             |                               |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Nimmst Du unter Dauerstress zu?                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nimmst Du leicht zu, wenn Du mit dem Essen nicht aufpasst?         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Verzehrst Du tierische Lebensmittel (z.B. Fleisch, Geflügel usw.)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hast Du nur selten Hunger oder kannst nur kleine Portionen essen?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Naja

Bist Du, egal was Du isst, nach einer Mahlzeit häufig müde und träge?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Manchmal

## Deine Motivation

Bist Du bereit, Deinen Alltag individuell durch Ernährungsstrategien und ggf. Therapiepläne anzupassen? ☐ Ja ☐ Nein

Hast Du Dir unsere Coachingmöglichkeiten angeschaut? ☐ Ja ☐ Nein  
Bitte im Vorfeld informieren. Siehe Angebote und Preise.

Für welches Coaching interessierst Du Dich?

- |                                                           |                                                             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ersttermin - kostenlos           | <input type="checkbox"/> Metabolic Check - online kostenlos |
| <input type="checkbox"/> Metabolic Check – vor Ort        | <input type="checkbox"/> 28 Tage Detox/Reboot               |
| <input type="checkbox"/> E-Plan 3 Monate (alle 4 Wochen)  | <input type="checkbox"/> E-Plan 6 Monate (alle 4 Wochen)    |
| <input type="checkbox"/> E-Plan 12 Monate (alle 4 Wochen) |                                                             |

Sag es Dir selbst nochmal: Willst Du Deine Ziele endlich erreichen? ☐ Ja ☐ Nein

Warum brauchst Du mich als Coach? Was erwartest Du von mir?

Wenn Dein WARUM stark genug ist, kommt Dein WIE von ganz alleine!  
Warum willst Du Deine Ziele erreichen? Was gewinnst Du, wenn Du sie erreichst?

Michael Hanitz  
Stoffwechsel- und Ernährungsberatung

40227 Düsseldorf

+49 1522 196 80 15

[www.coachhanitz.de](http://www.coachhanitz.de)

[info@coachhanitz.de](mailto:info@coachhanitz.de)

[www.facebook.com/coach.hanitz](https://www.facebook.com/coach.hanitz)

[www.instagram.com/coach.hanitz](https://www.instagram.com/coach.hanitz)



**Termine** finden ausschließlich **nach vorheriger Absprache** statt – persönlich oder telefonisch. So kann ich mir die Zeit nehmen, individuell auf Dich einzugehen.

Ich biete meine Ernährungs- und Stoffwechselberatung **nur mobil** an und komme innerhalb von **Düsseldorf (+ 15 km)** direkt **zu Dir nach Hause**.

Ich bin zu folgenden Zeiten für Dich erreichbar:

Mo – Sa        09:00 Uhr – 22:00 Uhr

Sonntag      Geschlossen

#### **Hinweis zur Erreichbarkeit:**

Ich bin **telefonisch ausschließlich über WhatsApp oder SMS** erreichbar, da ich während der Arbeit keine Anrufe entgegennehmen kann.

Über **E-Mail** und das **Kontaktformular** auf meiner Homepage bin ich jedoch **jederzeit für Dich erreichbar** und melde mich zeitnah zurück.