

## Gesundheitsindex

Q1 Geschlecht            m (1)            w (2)

Q2 Größe                            Q2\_1 \_\_\_\_\_ cm    Gewicht            Q2\_2 \_\_\_\_\_ kg

Q3 Alter                            \_\_\_\_\_ Jahre

### Q4 Schlaf und Bewegung:

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu ? (1= stimme voll zu ; 5 = stimme gar nicht zu)

	1	2	3	4	5
Q4_1 Ich achte immer auf genügend Schlaf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4_2 Ich mache in meinem Alltag viel Bewegung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4_3 Ich übe eine Sportart regelmäßig aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4_4 Ich bin morgens fit wie ein Turnschuh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4_5 Ich schlafe wie ein Murmeltier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4_6 Jeden Tag ein kleiner Spaziergang muss sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Q5 Ernährung:

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu ? (1= stimme voll zu ; 5 = stimme gar nicht zu)

	1	2	3	4	5
Q5_1 Fastfood esse ich sehr oft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5_2 Ich koche nur mit regionalen und saisonalen Lebensmitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5_3 Ich nasche gerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5_4 Am liebsten bereite ich meine Mahlzeit selbst zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5_5 Ich nehme gelegentlich Nahrungsergänzungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5_6 Ich esse oft auswärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Q6 Gesundheit:

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu ? (1= stimme voll zu ; 5 = stimme gar nicht zu)

	1	2	3	4	5
Q6_1 Ich lasse mich jährlich von meinem Arzt durchchecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6_2 Eine Zusatzkrankenversicherung ist die beste Voraussetzung für Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6_3 Ich fühle mich meinem Alter entsprechend fit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6_4 Ich kämpfe mit meinen Ernährungsgewohnheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6_5 Ich konsumiere gelegentlich verbotene Substanzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6_6 Ich konsumiere regelmäßig Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Q7 Ich esse Fleisch....

- 1 nie  2 1-mal pro Woche  3 2- bis 3-mal pro Woche  4 4- bis 6- mal pro Woche  5 täglich

## Q8 Lebensstil

(1= stimme voll zu ; 5 = stimme gar nicht zu)

	1	2	3	4	5
Ich bin davon überzeugt, dass ich einen gesunden Lebensstil praktiziere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>