

Ihr persönlicher Ernährungs-Check

Kreuzen Sie bei den folgenden Fragen die meistens für Sie zutreffende Antwort an:

- 1. Wie oft essen Sie frisches Obst und Gemüse?**

A Selten

B 2 – 3 mal wöchentlich

C Täglich
- 2. Wenn Sie zwischendurch Hunger bekommen, womit stillen Sie ihn?**

A Mit Plätzchen, Kuchen, oder was gerade da ist.

B Mit Fertigprodukten, z. B. Fruchtjoghurt oder Müsliriegel

C Mit Naturjoghurt, dazu frisches Obst nach Jahreszeit
- 3. Wenn's mittags schnell gehen soll, wo würden Sie dann zugreifen?**

A Am liebsten bei Bratwurst und Pommes

B Beim belegten Brötchen

C Bei einem frischen Salat mit Joghurtdressing
- 4. Wenn Sie Gemüse zubereiten wollen, was kaufen Sie dann?**

A Konservenware

B Tiefkühlkost

C Frisches Gemüse
- 5. Was naschen Sie abends beim Fernsehen?**

A Am liebsten Pralinen oder Schokolade

B Gesalzene Erdnüsse, Chips oder Flips

C Ich esse Obst nach Jahreszeit, manchmal einen Joghurt oder Nüsse
- 6. Womit würzen Sie Ihre Speisen?**

A Mit gewöhnlichem Speisesalz

B Mit Gewürzmischungen

C Mit Kräutern und Gewürzen
- 7. Welche Fette/Öle verwenden Sie in der Küche für die Zubereitung von Gerichten?**

A Butter

B Margarine/Pflanzencreme

C pflanzliche Öle

welche: _____
- 8. Was trinken Sie überwiegend?**

A Limonade, Cola, Fruchtsaftgetränke, Tee, Kaffee

B Mineralwasser, Kaffee, Tee

C Ich wechsle ab: Mineralwasser, Früchte- und Kräutertees, Kaffee, verdünnte Frucht- und Gemüsesäfte

- 9. Wie viel trinken Sie pro Tag?**
(ausgenommen Kaffee und schwarzer Tee)
- A < 1 Liter
B ca. 1,5 Liter
C > 2 Liter

- 10. Welche Bedeutung hat für Sie eine ballaststoffreiche Kost?**
- A Was ist das?
B Ab und zu sollte man sie schon zu sich nehmen.
C Ich bemühe mich täglich um eine ausreichende Menge.

- 11. Frühstücken Sie?**
- A Ja
B Nein

Wenn „Ja“:

Was frühstücken Sie? _____

Wann frühstücken Sie? _____

- 12. Um wie viel Uhr essen Sie zu Abend?** _____

- 13. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (z. B. Vitamintabletten) ein?**
- A Ja
B Nein

Wenn „Ja“, welche? _____

- 14. Wie oft treiben Sie Sport in der Woche?**
- A < 1 mal
B 1 bis 3 mal
C > 3 mal

- 15. Entspannen Sie regelmäßig?**
- Wenn „Ja“, wie? _____