

Fragebogen Stand 03/2022

Wichtiger Hinweis!!!

Wir bitten Sie liebe Leser/-innen unserer Zeitschrift »Der Gesundheitsberater«, Gesundheitsberater/-innen GGB, Mitglieder und Freunde der Gesellschaft für Gesundheitsberatung GGB e. V. um Ihre Unterstützung.

Mit unserer Fragebogenerhebung wollen wir herausfinden, ob eine vitalstoffreiche Vollwertkost und regelmäßige körperliche Betätigung vor komplizierten, hospitalisierungspflichtigen Covid-19-Verläufen schützen. Je mehr Personen sich an der Erhebung beteiligen, desto aussagekräftiger wird das Ergebnis.

Bitte helfen Sie mit und senden Sie den ausgefüllten Fragebogen **ohne** Absender bis 30.04.2022 an die Gesellschaft für Gesundheitsberatung GGB e. V., Dr.-Max-Otto-Bruker-Str. 3, 56112 Lahnstein, z. H. Dr. med. Jürgen Birmanns. Vielen Dank im Voraus.

Corona Prävention

1. Geburtsjahr: _____

2. Alter: _____

3. Geschlecht: männlich
weiblich
divers

4. Größe (m) _____

5. Gewicht (Kg) _____

6. Vorerkrankungen: Diabetes
art. Hypertonie
Asthma bronchiale
chron. Obstruktive Lungenerkrankung, (COPD)
Adipositas
Koronare Herzerkrankung (KHK)
andere _____

7. Ernährungsweise: normale Mischkost
Diät
vitalstoffreiche Vollwertkost
vegetarische Vollwertkost (ohne Fisch und Fleisch)
tieriweißfreie vitalstoffreiche Vollwertkost
(ohne Fleisch, Wurst, Fisch, Quark, Eier, Käse, Milch u. Joghurt)

8. Frischkostanteil (Rohkostanteil): $\frac{1}{3}$
50 %
75 %
mehr als 75 %
individuelle Prozentangabe möglich _____ %

9. Wie konsequent setzen Sie die Vollwertkost um?

25 %
50 %
75 %
100 %

individuelle Prozentangabe möglich _____ %

10. Machen Sie Ausnahmen?

selten
gelegentlich
oft
nie

11. Trinken Sie Bohnenkaffee?

Ja Nein
wenn ja: selten
gelegentlich
häufig
täglich Wie viele Tassen? 1, 2, 3, 4, 5 mehr

12. Raucher:

Seit wann? _____

Wie viele Zigaretten, Pfeifen pro Tag: _____

Nichtraucher:

Seit wann? _____

noch nie geraucht?

13. Trinken Sie Alkohol?

Ja Nein
wenn ja: selten
gelegentlich
häufig
täglich Wie viel? Wein
Bier
andere Spirituosen

14. Treiben Sie Sport?

Ja Nein
selten
gelegentlich
oft
täglich
 x wöchentlich

15. Welche Sportart?

Tanzen Radfahren Fitnessstraining
Joggen Schwimmen Yoga
Walken
andere: _____

16. Gehen Sie regelmäßig spazieren?

Ja Nein
wenn ja: wie lange _____ Minuten
wie weit ca. _____ km
wenn ja: 1x täglich
2x täglich
1 x wöchentlich
mehr

17. Nehmen Sie symptomorientierte allopathische (schulmedizinische) Medikamente?

Ja Nein
Wogegen bzw. Wofür? _____
Wenn ja täglich
nur bei Bedarf

18. Impfstatus: bisher keine Coronaimpfung erhalten:
1. Corona Impfung erhalten:
2. Corona Impfung erhalten:
3. Corona Impfung erhalten (Booster):

19. Haben Sie eine Covid-19 Erkrankung durchgemacht? Ja Nein
Wie wurde Sie bestätigt?
häuslicher Schnelltest (Antigen-Test)
Teststation:
PCR- Test:
Klinische Zeichen, (Symptome)

20. Wann waren Sie an Covid-19 erkrankt? in welchem Jahr: _____ in welchem Monat: _____

21. Wie lange dauerte die Covid-19-Erkrankung? in Tagen: _____

22. Haben Sie sich aufgrund der Infektion/Erkrankung in ärztl. Behandlung begeben? Ja Nein

23. Mussten Sie zur Behandlung Ihrer Covid-19 Erkrankung ins Krankenhaus? Ja Nein
wenn ja: Wie lange _____
Normalstation
Intensivstation
beatmet
invasiv/Intubation
nicht invasiv/extern
(Sauerstoffbrille, Maskenbeatmung)
nicht beatmet

24. Welche Symptome hatten Sie, als Sie an Corona-19 erkrankt waren?

Husten	<input type="checkbox"/>
Schnupfen	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>
allg. Schwäche/Erschöpfung	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>
Fieber	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>
Geruchsverlust	<input type="checkbox"/>
Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/>

25. Was haben Sie gegen Ihre

Covid-19 Erkrankung unternommen?

- Körperliche Schonung
- Bettruhe
- viel Ruhe
- gefastet
- viel Frischkost verzehrt
- Arzneitee getrunken
- Kneippanwendungen durchgeführt
- Waschungen
- Wickel
- Auflagen
- Homöopathika/Anthroposophika eingenommen
- Allopathika/Grippemittel gegen Schmerzen und Fieber
- Virustatika:
- Remdesivir
- Tocilizumab
- Hydroxychloroquin
- Dexamethason
- Ivermectin
- Cortison
- o. a. _____

26. Wie stufen Sie den Schweregrad Ihrer Covid-19 Erkrankung ein?

- mild
- schwer
- lebensbedrohlich

27. Sind Sie nach durchgemachter Covid-19 Erkrankung wieder genesen?
(Symptomfreiheit)

- Ja Nein

Wenn nein, welche Beschwerden bestehen noch?

Datenschutzhinweis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verarbeitet werden. Die Analyse lässt keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu. Ihre Angaben werden streng vertraulich und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen behandelt.

Die Datenerhebung erfüllt den Zweck, der Frage nachzugehen, inwieweit vitalstoffreiche Vollwertkost und regelmäßige körperliche Bewegung das Risiko, schwer an Covid-19 zu erkranken, senkt.

Ihre Daten werden zur Analyse des Ernährungs- und Gesundheitsverhaltens genutzt und ggf. in einer wissenschaftlichen Publikation veröffentlicht.

Die Daten werden nach Beendigung der Auswertung aller Fragen bis spätestens 30.10.2022 vernichtet/gelöscht.