

SELBSTTEST

Wie hoch sind Ihrer persönlichen Entzündungsbelastungen?

Erkennen Sie frühzeitig, ob stille Entzündungen Ihren Körper belasten
– und finden Sie Wege zurück ins Gleichgewicht.



**ZAHNPRAXIS
MAINHAUSEN**
Inhaberin Anne-Kathrin Kögler

Praxis für ganzheitliche Zahnmedizin
www.zahnpraxis-mainhausen.de



Jetzt Reinhören
(auf Spotify)
Anne-Katrins Zahnwelt
– Dein Podcast mit Biss

Name:

Datum (T0):

Datum (T1):

Kreuzen Sie alleine oder mit Ihrem Zahnarzt gemeinsam an.

Wie Sie es heute sehen (T0) und am Ende (T1) Ihrer zahnärztlichen u/o ernährungs-therapeutischen Lebensstilberatung.

Faktoren	Spezifisch	1-2	3-4	4-5	5-6		
1	Alter	Wie alt bin ich?		<30	30-50	50-70	>70
2	BMI (Body-Mass-Index)	Gewicht (kg): Größe (m): Gewicht : Größe ² = BMI		18,5-25	25-30	30-35	>35
3	Rauchen	Rauche ich? Wenn ja, wie viel täglich?		nein / früher	<5	5-15	>15
4	Stress	Wie belastet fühle ich mich? Kann ich gut entspannen?		kaum sehr gut	gering gut	mäßig teils teils	hoch gar nicht
5	Schlafen	Wie gut schlafe ich? Ist mein Schlaf erholsam? Habe ich einen verlässlichen Schlafrythmus?		gut erholt / fit 7-9 Stunden	Schnarchen befriedigend 6-7 Stunden	ausreichend kaum <6 Std. /unter- brochen	mangelhaft Apnoe <5 / Schicht- arbeit
6	Mundhygiene	Plaque Nutzung passender Zahnzwischenraum-Bürstchen		<30% täglich	30-50% häufig	50-70% selten	>70% nie
7	chronische Erkran- kungen. Medikamente Ja ☐ Nein ☐	(-itis) Parodontitis/Gingivitis, Gastritis, CED (Crohn, Colitis), Divertikulitis, Arthritis, Gicht, Fibromyalgie, Der- matitis, M-Bechterew, Lupus, Asthma, Diabetes Mellitus (HbA1C)		nein	ja behandelt und in Ernährungsthe- rapie	ja behandelt und keine Ernäh- rungstherapie	ja unbehandelt und keine Ernäh- rungstherapie
8	Bewegung	Wie viele Schritte gehe ich pro Tag? im Alltag (A), Sport (S), Freizeit (F)		10.000 A, F: 2 Std. pro Woche S: 1 Std.	6.000 A, F, S: 1-3 Std. pro Woche	3.000 A, F: 1-2 Std. S: keine	<3.000 A,F: keine S: keine
9	Sonnenlicht Vitamin D (Labor wert:)	Ja, ich kenne meinen Vitamin D Spiegel Ja, ich bin häufig draußen (unbedeckt) Nahrungsergänzung (Vitamin D,)		ja täglich	nein 3-4 x pro Woche	nein selten	nein fast nie
Lebensstil Lebensstilcoaching		Ich bin mit meinem Verhalten a) zufrieden und wünsche keine Beratung ☐ b) unzufrieden und wünsche Unterstützung ☐		T0: T1:	T0: T1:	T0: T1:	T0: T1:



Entzündungsrisiken Ernährung

Subjektive Selbsteinschätzung

Name:

Datum (T0):

Datum (T1):

Kreuzen Sie alleine oder mit Ihrem Zahnarzt gemeinsam an.

Wie Sie es heute sehen (T0) und am Ende (T1) Ihrer zahnärztlichen u/o ernährungs-therapeutischen Lebensstilberatung.

Faktoren		Spezifisch	1-2	3-4	4-5	5-6
10	Tagesstruktur	Ich habe eine regelmäßige Tagesstruktur mit regelmäßigen Mahlzeiten, zu festen Zeiten	ja 3-4 Mahlzeiten	meistens	selten	nie Schichtarbeit
11	pflanzenbasierte Basisernährung	Ich ernähre mich vorwiegend von pflanzlichen Lebensmitteln (z.B. mediterrane Ernährung) Mein Teller ist zu 2/3 mit Pflanzlichem belegt.	ja 6-7x pro Woche ja	4-5 x pro Woche meistens	2-3x pro Woche selten	0-1x pro Woche nie
12	Trinken/Getränke	Ich trinke genug und vornehmlich Wasser, ungesüßten Tee / Kaffee, KEINE gesüßten Limos / Fruchtsäfte	ja	meistens	selten	nie
13	Gemüse	Ich verzehre ca. 3 Hände Gemüse/Salat pro Tag, vornehmlich grünes Gemüse oder Rohkost	ja	häufig 3-4x pro Woche	selten 1x pro Woche	fast nie 1x pro Monat
14	Obst	Ich esse täglich ca. 1-2 Hände frisches Obst Ich verzichte auf Smoothies und Fruchtsäfte.	ja ja	1 Portion ja	1 Portion nein	0 Portion nein
15	Brot, Beilagen (Reis, Kartoffeln, Nudeln)	Ich beschränke meine Brot- und Beilagen-Portionen auf 3 pro Tag. Ich esse vorwiegend Vollkornprodukte.	ja ja, fast immer	4-5 meistens	5-6 selten	>6 nie
16	Milchsauer vergorene Lebensmittel	Ich esse Sauerkraut, Kefir, andere milchsauer vergorene Lebensmittel	täglich	2-3x pro Woche	1x pro Woche	nie
17	Fette	Ich bevorzuge hochwertige pflanzliche Öle (z.B. Olivenöl, Walnussöl, Kokosöl) (2x täglich) Ich benutze Algenöl, Distelöl, Leinöl Ich esse fetten Fisch. Ich esse ungesalzene Nüsse. Ich verzichte auf minderwertige Fette (Raps-, Sonnenblumenöl) Ich verzichte auf Transfette (Chips, Frittiertes, zu heiß Gebratenes)	immer täglich 1x pro Woche täglich immer immer	meistens wöchentlich 1x in 14 Tagen 3-4x pro Woche meistens meistens	selten selten 1x pro Monat selten selten selten	nie nie nie nie nie nie
Essverhalten						



Entzündungsrisiken Ernährung

Subjektive Selbsteinschätzung

Name:

Datum (T0):

Datum (T1):

Kreuzen Sie alleine oder mit Ihrem Zahnarzt gemeinsam an.

Wie Sie es heute sehen (T0) und am Ende (T1) Ihrer zahnärztlichen u/o ernährungs-therapeutischen Lebensstilberatung.

Faktoren		Spezifisch	1-2	3-4	4-5	5-6
18	Süßigkeiten	Naschen - Wie oft nasche ich?	fast nie	3-4x pro Woche	1x pro Tag	2+ pro Tag
19	Alkohol	Ich trinke Alkohol.	fast nie	1-2x pro Woche	3-4x pro Woche	>5 Tage pro Woche
Essverhalten		Ich bin mit meinem Verhalten	T0:	T0:	T0:	T0:
Ernährungscoaching		a) zufrieden und wünsche keine Beratung	T1:	T1:	T1:	T1:
		b) unzufrieden und wünsche Unterstützung				