



# Umweltmedizinischer Fragebogen

Eine Initiative der EUROPAEM  
in Kooperation mit dem Qualitätszirkel des  
Fortbildungskurses Umweltmedizin  
Juli 2012 – Februar 2013

Patient:

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  

geb.:

**Dr. med. Adrian M. Stoenescu**  
Adolf-Vorwerk-Str. 107  
42287 Wuppertal  
Tel.: (+49) 0202 / 260 360 10  
www.ursachenmedizin.com

## ALLGEMEINE ANGABEN

Nationalität (auch frühere)			
Größe und Gewicht			
Wie groß sind Sie? (cm)			
Wie viel wiegen Sie zurzeit? (kg)			
<b>Gewichtsänderung in den letzten 10 Jahren</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Zunahme? (kg)			
Abnahme? (kg)			
Haben Sie jemals <b>geraucht</b> ?			
Wenn ja, von wann bis wann?			
Rauchen Sie derzeit?			
Wenn ja, was und wie viel?			
Stört es Sie sehr, wenn in Ihrer näheren Umgebung geraucht wird?			
Besteht eine Überempfindlichkeit für Düfte/Parfum?			

## ANAMNESE

### A - EIGENANAMNESE

<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Kinder-/Infektions-/Reisekrankheiten			
Parasiten			
Diphtherie			
Keuchhusten			
Masern			
Windpocken			
Röteln			
Mumps (Ziegenpeter)			
Zeckenbiss (Borreliose)			
Pfeiffersches Drüsenfieber			
Leberentzündung (ansteckende Hepatitis)			
Tuberkulose			
Geschlechtskrankheit			
Reisekrankheiten			
Infektionskrankheiten			
Sonstige Erkrankungen, welche			
<b>Herz-/Kreislauf-Erkrankungen/Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane/ der Gefäße</b>			
Hoher oder niedriger Blutdruck			
Herzerkrankungen			

<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung? (Fortsetzung von Seite 1)</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Gefäßkrankungen		
Schlaganfall		
Rheuma		
<b>Nerven- und Gemütskrankungen</b>		
Wenn ja, welche?		
Krampfanfälle (Epilepsie)		
Augenkrankheiten, welche		
Gefäßkrankungen, welche		
<b>Stoffwechselerkrankungen</b>		
Zuckerkrankheiten		
Erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride)		
Erhöhte Leberwerte		
Schilddrüsenerkrankungen, welche		
Andere Stoffwechselerkrankung, welche		
<b>Krankheiten der Harn- und Geschlechtskrankheiten</b>		
Blasen- und Nierenerkrankungen, welche		
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane</b>		
Mundschleimhautentzündung		
Speiseröhrentzündung		
Magenschleimhautentzündungen/ Sodbrennen		
Magen-, Darmgeschwüre		
Morbus Crohn (Ileitis terminalis)		
Divertikel		
Colitis ulcerosa		
Irritabler Dickdarm (Reizdarm)		
Gallenblasenerkrankung / Gallensteine		
Bauchspeichelentzündung		
Leisten-, Narben- und Nabelbrüche		
Leberkrankheiten, welche		
<b>Krankheiten der Atemwege</b>		
Heuschnupfen		
Nasennebenhöhlenentzündung		
Chronische Bronchitis		
Asthma / COPD		
Lungenentzündung		
<b>Geschwulsterkrankungen</b>		
Bösartige Geschwulst (Krebs)? welche?		
Gutartige Geschwulst? welche		
<b>Wirbelsäulenerkrankungen</b>		
<b>Krebsvorsorge – Hatten Sie schon einmal eine Krebsvorsorge-Untersuchung?</b>		
wenn ja, wann zuletzt (Jahr)		
<b>Impfungen (bitte Kopie Ihres Impfpasses beifügen)</b>		
Impfkomplikationen?		
Wenn ja welche? wann?		
<b>Zähne</b>		
Zahnfleischentzündungen		
Zahnwurzelentzündungen		
Amalgamfüllungen (Plomben) jetzt (Anzahl)		
Amalgamfüllungen (Plomben) früher (Anzahl)		
Goldfüllungen		
andere Metalle		
tote Zähne		
Zahnwurzelbehandlungen		
Stiftzähne		
Implantate		
Kronen		

<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung? (Fortsetzung von Seite 2)</b>								<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Brücken										
Gebiss (3. Zähne)										
Zahnsperre früher										
<b>Ausleitungen</b> , wenn ja, womit										
<b>Wurde bei einem operativen Eingriff Fremdmaterial eingebracht?</b> (Schraube, Schiene, Klammer, usw.)										
<b>Allergie</b> (falls Allergieausweis vorhanden, bitte in Kopie beilegen)										
Leiden Sie an allergischen Reaktionen?										
Wenn ja, welche?										
<b>B - FAMILIENANAMNESE</b>				<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>	<b>Ge- schwister</b>	<b>Groß- mutter mütterlich</b>	<b>Groß- vater mütterlich</b>	<b>Groß- mutter väterlich</b>	<b>Groß- vater väterlich</b>
<b>Erkrankungen in der Familie:</b> Kommen folgende Erkrankungen in Ihrer Familie vor? Wenn ja, bei welchen Familienangehörigen? Bitte entsprechen ankreuzen.										
Erbkrankheiten										
Suchtkrankheiten										
Darmerkrankungen										
Tuberkulose										
Schilddrüsenerkrankung										
Zuckererkrankungen										
Nierenerkrankung										
Lebererkrankungen										
Krebs										
Psychische Erkrankung										
Neigung zu Übergewicht										
Herz/Gefäßkrankungen										
Osteoporose										
Allergien										
Krampfanfälle										
Asthma										
Schlaganfall										
sonstige Erkrankungen										
Wenn ja, welche										
<b>C - ALLGEMEINE BEFINDLICHKEIT</b>										
<b>Wie fühlen Sie sich insgesamt (Allgemeinbefinden)</b>						<b>sehr gut</b>	<b>gut</b>	<b>mäßig</b>	<b>schlecht</b>	<b>sehr schlecht</b>
Haben Sie folgende <b>Beschwerden</b> ?						<b>nicht</b>	<b>leicht</b>	<b>mittel</b>	<b>stark</b>	<b>sehr stark</b>
Leistungsminderung										
Antriebslosigkeit										
Gleichgültigkeit										
Depressive Stimmung/Trauerneigung										
Störung der Konzentrations-/Merkfähigkeit										
chronische Müdigkeit										
Einschlafstörungen										
Durchschlafstörungen										
Aufgeregtheit, innere Unruhe										
Angst-/Panikzustände										
Frieren										
Hitzewallungen										
Nächtliches Schwitzen										
Schweißausbrüche, tagsüber und nachts										
Appetitmangel										
Heißhunger										
Gewichtszunahme										
Gewichtsabnahme										
Wassereinlagerungen										
Libidoverlust/Potenzstörungen										

<b>Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 3)</b>	<b>nicht</b>	<b>leicht</b>	<b>mittel</b>	<b>stark</b>	<b>sehr stark</b>
Infektanfälligkeit					
<b>Herz/Kreislauf-Beschwerden</b>					
Schwindel oder Schwarzwerden vor den Augen					
Herzstolpern					
Herzrasen					
Engegefühl in der Brust					
Andere Herz-/Kreislaufbeschwerden welche?					
<b>Beschwerden der Harnwege</b>					
Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen					
Häufiges Wasserlassen (mehr als 1x nachts)					
Unwillkürlicher Harnabgang spontan oder bei Stress					
Andere Beschwerden, welche					
<b>Beschwerden der Atemwege</b>					
Reizhusten (außer bei Erkältungen oder Allergie)					
Heiserkeit (außer bei Erkältungen oder Allergie)					
Luftnot in Ruhe / bei Anstrengungen					
Asthma-Anfälle					
Nasenneben-/Stirnhöhlenbeschwerden					
Nasenbluten					
Kloßgefühl im Hals					
Brennen im Hals- und Rachenraum (außer bei Erkältung oder Allergien)					
Verstopfte Nase, Augentränen usw. (Heuschnupfenartige Symptome)					
trockenen Nase					
Andere Atemwegsbeschwerden, welche					
<b>Beschwerden an Muskeln und Gelenken</b>					
Muskelschwäche					
Muskelzittern					
Muskelkrämpfe					
Ziehen oder Schmerzen in den Muskeln					
Ziehen oder Schmerzen in den großen Gelenken					
Ziehen oder Schmerzen in den kleinen Gelenken					
Schwellung von Gelenken					
Morgensteifigkeit der Gelenke					
Schmerzen/Verspannungen im Nacken/Schulterbereich					
Rücken-/Kreuzschmerzen					
<b>Beschwerden an Nerven und Sinnesorganen</b>					
Lähmungserscheinungen					
Taubheitsgefühl von Gliedmaßen					
Kribbeln, „Ameisenlaufen“, Brennen					
Kopfschmerzen, Migräne					
Augenjuckreiz					
Augentränen					
trockenen Augen					
Sehstörungen					
Augenrötung oder Augenbrennen					
Berührungsempfindlichkeit verstärkt					
Temperaturempfindlichkeit verstärkt					
Temperaturempfindlichkeit vermindert					
Gleichgewichtsstörungen					
Tinnitus, Ohrgeräusche,-sausen					
Ohrenschmerzen, -druck					
Veränderung des Riechempfindens					
Geschmacksstörungen					
andere Beschwerden von Seiten des Nervensystems welche?					

Haben Sie folgende Beschwerden (Fortsetzung von Seite 4)	nicht	leicht	mittel	stark	sehr stark	
Haut						
trockene Haut						
fettige Haut						
Überempfindliche Haut						
Pigmentveränderungen der Haut						
blaue Flecken						
Juckreiz						
Akne						
Haut-, Nagel- oder Fußpilz						
Störung der Wundheilung (schlecht heilende Wunden)						
andere Hautbeschwerden						
welche?						
Beschwerden an Haaren und Nägeln						
Ausfall der Kopfhaare						
verminderte Körperbehaarung/Haarverlust						
Ausfall von Wimpern/Brauen/Scham-/ Achselhaare						
Fettige Haare						
vermehrte Körperbehaarung						
vermehrter Haarwuchs (Kopf und Gesicht)						
Nägel brechen ab oder splintern						
Nägel mit Flecken, Längs-,/Querrillen, Löchern						
Beschwerden des Verdauungstraktes						
Mundwinkeleinrisse						
trockener Mund						
Mundgeruch						
Zahnfleischveränderungen						
Vermehrter Speichelfluss						
Zungenbrennen						
Schluckbeschwerden						
Vermehrtes Durstgefühl						
Aufstoßen, Sodbrennen						
Unverträglichkeit fetter Speisen						
Alkoholunverträglichkeit						
Übelkeit						
Erbrechen						
Völlegefühl						
Blähungen						
Oberbauchbeschwerden						
Bauchkrämpfe						
Verstopfung						
Durchfall						
Afterjuckreiz,-schmerz						
Andere Verdauungsbeschwerden						
welche?						
Wie oft haben Sie Stuhlgang? (Anzahl eintragen, entsprechende Sparte ankreuzen)				pro Tag	pro Woche	pro Monat
Waren Sie in der letzten Zeit besonderen <b>seelischen Belastungen</b> ausgesetzt? aufgrund von					ja	nein
Partnerschaftskonflikten						
Problemen im Zusammenhang mit den eigenen Kindern						
Problemen mit Eltern/Schwiegereltern						
schweren Erkrankungen						
Tod eines Verwandten oder Partners						
Waren Sie in der letzten Zeit besonderen <b>seelischen Belastungen</b> ausgesetzt? (Fortsetzung von Seite 5)					ja	nein
anderen Todesfällen						
Problemen im Beruf						
Arbeitslosigkeit						
Mobbing						
sonstige seelische Belastungen - welche?						
<b>Verändern sich Ihre Beschwerden in einer bestimmten Umgebung oder in besonderen Räumen?</b>					ja	nein
wenn ja – regelmäßig?						

<b>Bestand früher</b> eine Abhängigkeit Ihrer Beschwerden		
bei definiertem Schadstoffkontakten		
bei anderen Umwelteinflüssen		
in einer bestimmten Umgebung		
auf Reisen/Urlaub außer Haus		

**Verändern sich die Symptome nach der Rückkehr aus Abwesenheit (z. B. Urlaub/Wochenende)?**

**Angaben zu Hobby und Sport**

**Hobbies**

- 1.
- 2.
- 3.

**Sport.**

- 1.
- 2.
- 3.

**Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nahmen/nehmen Sie über einen längeren Zeitraum - mindestens vier Wochen ein? (Bitte Kopie Ihres Einnahmeplanes beilegen)**

Name/Art	wegen	wie viel/wann

**D - MÄNNER (nur von Männern auszufüllen!)**

**Operationen/Erkrankungen im Bauchbereich**

Hatten Sie eine Darmoperation? ja    nein

Wenn ja, wann?

Andere Operationen

**Urologische Erkrankungen**

Welche, wann

Prostata-Erkrankung

Hatten Sie entzündliche Erkrankungen im Genitalbereich

Wenn ja, welche

**WOHNUNG**

**A - UMGEBUNG DER WOHNUNG**

Geben Sie bitte bei den nun folgenden Fragen die ungefähre Entfernung an  
**1 = direkte Nachbarschaft      2= bis 500 m      3= > 500 m – 1000 m**

	jetzt			früher		
	1	2	3	1	2	3
Grünanlagen						
ländliche Umgebung						
Mülldeponie						
Gewässer						
Weinberge						
Müllverbrennungsanlage						
Chemische Reinigung						
stark befahrene Straße oder Autobahn						
Landwirtschaft						
Handwerksbetriebe						
Flugplatz / Fluglärm						
Heizkraftwerk						
Lärmbelästigung						
Hochspannungsleitung						
Starkstromkabel/Transformator/Überlandleitungen						
Sender/Radaranlagen						
Eisenbahn						
Atomkraftwerk						

B - BELASTUNGEN				
Welchen Belastungen waren Sie während der letzten 10 Jahre in Ihrer Wohnung/Umgebung ausgesetzt?	Einzug Monat/Jahr	Auszug Monat/Jahr		
Jetzige Wohnung (bitte mit J kennzeichnen)				
Frühere Wohnung (bitte in Folge mit F1 W kennzeichnen)				
Frühere Wohnung (bitte in Folge mit F2 W kennzeichnen)				
Zweitwohnung (bitte mit ZW kennzeichnen)				
C - GEBÄUDEWEISE	jetzt JW und/oder ZW	früher (F1W und/oder F2W)		
Gasbeton				
Beton				
Ziegel				
Holz				
Fachwerkhäuser				
Ziegelhäuser				
unbekannt				
Baujahr				
Jahr der letzten Renovierung				
Gebäudehöhe				
nur Erdgeschoss				
Flachdach				
Einfamilienhaus				
Mehrfamilienhaus				
welche Etage bewohnen Sie:				
Untergeschoss, Souterrain				
Erdgeschoss				
Dachgeschoss				
Hatte Ihr Haus/Wohnung einen				
Wasserschaden				
Sturmschaden				
Hochwasserschaden				
Brandschaden				
Wohnungsgröße (qm)				
Anzahl der Mitbewohner				
D - BESONDERHEITEN			jetzt	früher
Hitze, z. B. überheizt				
Kälte z.B. keine Heizung				
Feuchtigkeit > 60%	<40%			
Schimmel				
Dauerbeleuchtung				
Klima-Anlage				
Raumluftverbesserer (Absorber)				
Zimmerbrunnen				
Heizung				
Zentralheizung				
Gas-Etagenheizung				
sonstige Etagenheizung				
Elektrospeicherofen				
Einzelofen				
Fußbodenheizung/Wand- oder Deckenheizung				
Kachelofen				
offener Kamin				
bitte geben Sie den Brennstoff an:				
Wasseraufbereitung vorhanden				
Warmwasserversorgung				
Trinkwasserrohre, geben Sie das Alter in Jahren an (0= unbekannt)				
Blei				
Kupfer				
verzinkte Rohre				
andere (welche?)				

<b>Besonderheiten Wohnung (Fortsetzung von Seite 7)</b>				<b>jetzt</b>	<b>früher</b>
Küchenherd					
Gas					
Kohle/Brikett/Koks					
Mikrowelle (Kochen und Aufwärmen)					
Induktionsherd					
Wurden in Ihrer Wohnung Kammerjäger-Einsätze durchgeführt?					
wenn ja, wann zuletzt?					
Setzen Sie selbst Pestizide (Insektensprays, -pulver, Nexalotte o.ä.) ein?					
wenn ja, wann zuletzt?					
Pflanzensterben?					
Wann wurde Ihre Wohnung zuletzt renoviert? Jahr:					
Haben oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren Haustiere?				<b>ja</b>	<b>nein</b>
welche                                    Anzahl                                    von                                    bis					
<b>E - ZIMMER</b>				<b>Schlaf- zimmer</b>	<b>Wohn- zimmer</b>
<b>Alle Fragen beziehen sich auf die <u>jetzige</u> Wohnung</b>					
<b>Größe in qm</b>					
<b>Aufenthaltsdauer pro Tag</b> (Stundenangabe)					
<b>freie Balken/Holzflächen (qm-Angabe)</b>					
davon mit Holzschutzmittel behandelt?					
nichts					
wenig					
viel/alles					
unbekannt					
wann behandelt (Jahresangabe)					
womit behandelt (Name des Mittels angeben)					
Lack					
Lasur					
Bienenwachs					
unbekannt					
<b>Wand-/Deckenverkleidung aus Kunststoff?</b>					
keine					
wenig (z.B. Balken)					
mittel (z.B. Decke/Wände)					
viel (Decken und Wände)					
<b>Fußboden-Untergrund</b>					
Estrich					
Spanplatten					
Dielen					
<b>Fußboden</b>					
Laminat					
Dielen					
Kork					
Parkett					
Kunststoff, z. B. PVC					
Linoleum					
Stein /Fliesen					
Teppichboden/Teppiche					
falls ja, welches Material					
Wollteppich					
Kunstteppich					
<b>Möbel</b>					
Kunststoff/Spanplattenmöbel					
keine					
wenig (z. B. Kleinmöbel)					



Zimmer-Einrichtung – (Fortsetzung von Seite 8)	Schlafzimmer	Wohnzimmer	Küche	anderes
viel (fast alles)				
<b>Ledermöbel</b>				
keine				
wenig (z.B. Kleinmöbel)				
viele				
<b>antike Möbel</b>				
keine				
womit behandelt (Name des Mittels angeben)				
Lasur				
Lack				
Bienenwachs				
Holz wurmmittel				
Heißluft				
<b>Alter der Holzmöbel</b>				
neu (bis 6 Monate)				
mittel (bis 5 Jahre)				
alt (älter als 5 Jahre)				
<b>wenn behandelt, womit (Firma/Produkt) ?</b>				
Lack				
Lasur				
Bienenwachs				
Öl				

## BERUF / ARBEITSPLATZ / AUSBILDUNG

Welchen Beruf haben Sie erlernt?				
Wie lange haben Sie ihn ausgeübt? (Jahre)				
Welchen Beruf haben Sie am längsten ausgeübt?				
Wie lange insgesamt? (Jahre)				
Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?				
ausgeübt seit (Jahre)				
Was wird hergestellt?				
Wochenarbeitszeit (Stunden)				
Nachtschicht / Wechseldienst			ja    nein	
<b>Sonstige Beschäftigungen / Nebentätigkeiten</b>				
	Wochenstunden	seit (Jahr)		
1.				
2.				
3.				
Falls Sie verheiratet sind oder mit einem Partner/in zusammenleben, welchen Beruf übt diese/r aus?				
Welchen Belastungen waren Sie während der letzten 10 Jahre an Ihrem Arbeits-, Ausbildungsplatz ausgesetzt?				
tätig als			von    bis	
<b>Beschreibung des Arbeitsplatzes:</b>			jetzt    früher	
Wochenarbeitszeit (Stundenangabe)				
<b>Art der Tätigkeit</b>				
körperlich				
geistig				
sowohl als auch				
<b>Arbeitsort:</b>				
im Freien				
Innenraum				
sowohl als auch				

<b>Arbeitsweise</b>										
selbstbestimmt										
Hilfskraft										
Fließband-, Akkordarbeit										
Gruppenarbeit										
Mehrplatzarbeit										
<b>A - SCHUTZMITTEL</b>			<b>jetzt /ja</b>	<b>jetzt /nein</b>	<b>früher /ja</b>	<b>früher /nein</b>				
Maske/Schutzbrille										
Handschuhe										
Schuhwerk										
Kopfschutz										
Gehörschutz										
Schutzkleidung										
Absaug-/Abzugsanlage vorhanden										
Lüftungsanlage vorhanden										
sonstige, falls ja – welche?										
<b>B – ARBEITSPLATZ-UMGEBUNG</b>				<b>jetzt</b>			<b>früher</b>			
Geben Sie bitte bei den nun folgenden Fragen die ungefähre Entfernung an					<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>1 = direkte Nachbarschaft</b>		<b>2= bis 500 m</b>			<b>3= &gt; 500 m – 1000 m</b>					
Grünanlagen										
ländliche Umgebung										
Mülldeponie										
Gewässer										
Weinberge										
Müllverbrennungsanlage										
Chemische Reinigung										
stark befahrene Straße oder Autobahn										
Landwirtschaft										
Handwerksbetriebe										
Flugplatz / Fluglärm										
Heizkraftwerk										
Lärmbelästigung										
Hochspannungsleitung										
Starkstromkabel/Transformator/Überlandleitungen										
Sender/Radaranlagen										
Eisenbahn										
Atomkraftwerk										
<b>C - GEBÄUDE</b>										
Gasbeton										
Beton										
Ziegel										
Holz										
Fachwerkhaus										
Ziegelhaus										
unbekannt										
Baujahr										
<b>Lage des Arbeitsplatzes</b>										
Großstadt/City										
Außenbezirk Stadt										
Wohngebiet										
Industriegebiet/Gewerbegebiet										
Mischgebiet										
Kleinstadt										
Waren/sind sie besonderen chemischen, physikalischen oder anderen Reizen ausgesetzt? (Intensität 1-6 / 1=wenig, 6= stark)					<b>in welchem Zusammenhang?</b>					
					<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>privat</b>	<b>berufl</b>		
Hitze										
Kälte/Klimaanlage										
Feuchtigkeit /Schimmelbildung										



Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre Tätigkeit / Arbeitsplatz (ggf. gesondertes Blatt):

## ERNÄHRUNG

<b>Ich esse/trinke uneingeschränkt</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
alles		
vegetarisch:		
lacto-vegetabil		
ovo-lacto-vegetabil		
vegan		
andere Ernährungsform		
Ernähren Sie sich aus <b>kontrolliert biologischer Kost</b> ?		
<b>Festgestellte Grunderkrankungen im Zusammenhang mit der Ernährung</b>		
Laktoseintoleranz		
Fruktosemalabsorption		
gesicherte Nahrungsmittelallergien		
Gluten-Unverträglichkeit		
Zöliakie		
Blutzuckererkrankung		
Gicht		
andere gesicherte Stoffwechselerkrankung		
Machen Sie zur Zeit auf Anraten Ihres Arztes oder aus persönlichen Gründen eine <b>spezielle Kur</b> ?, wenn ja welche		
Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel nicht? , wenn ja, welche		

## ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Bitte geben Sie in den folgenden Abschnitten Ihren <b>durchschnittlichen wöchentlichen</b> Verzehr an, <b>bezogen auf die vergangenen 12 Monate</b> .	esse/trinke ich nicht	einmal pro Woche	2-3 mal pro Woche	4-6 mal pro Woche	täglich 1 mal	täglich 2-3 x	täglich 4 x mal	täglich mehr als
Fleisch (Schwein, Rind, Lamm, Geflügel, Wild)								
Eier								
Muscheln, Schalen- oder Krustentiere								
Brot, Brötchen (1Scheibe oder 1 Stück)								
Weißbrot								
Roggen- oder Dinkelbrot								
Wurst, Schinken (Scheibe)								
Butter								
Margarine								
Schmalz, andere tierische Fette								
Gemüse (gekocht oder roh)								
Salat								
frisches Obst/Früchte								
Schokolade, Konfekt								
Kuchen, Gebäck								
Fertig- oder Dosengerichte								
Fastfood								
Restaurant-Essen								

