Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Mikronährstoffbedarfs

Adressdaten Mikronährstoffanalyse

Stempel Therapeut

GESUNDES WISSEN GmbH
Naturheilpraxis - Naturheilmittel und mehr
Am Kirchplatz 8, CH-9410 Heiden
Tel. +41 71 891 18 10
info@gesundeswissen.ch

Kundendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name		Vorname	
Strasse			Hausnummer
PLZ	Ort		Länderkürzel
Telefon	Fax	E-Mail	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich	Grösse	Gewicht
Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Name eines Elternteils			Adressänderung ☐ ja ☐ nein

Befundübermittlung

☐ Ausführlicher Bericht mit persönlicher Mikronährstoffempfehlung und anschliessender Beratung durch eine Fachperson.
Terminwunsch: _____

☐ Ausführlicher Bericht mit persönlicher Mikronährstoffempfehlung.

☐ Persönliche Mikronährstoffempfehlung.

Sprachauswahl: ☐ deutsch ☐ französisch ☐ englisch ☐ italienisch

Wichtige Information

Die im IABC® erstellte Empfehlung für eine individualisierte Mikronährstoffmischung ist eine Anwendungsempfehlung und basiert alleine auf den uns vorliegenden schriftlichen Unterlagen des Kunden/Klienten und sollte ggf. durch weiterführende Anamnese, Untersuchungen und Analytik optimiert oder harmonisiert werden. Bei Bedarf Ihrerseits bitten wir um Kontaktaufnahme mit Ihrer Fachperson oder Ihrem Therapeuten.

Hinweis auf Datenschutz

Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschliesslich zur Ermittlung Ihres persönlichen Mikronährstoffbedarfs, der computergestützt ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Erklärung des Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass ich fortlaufend im Rahmen des sogenannten Recall-Systems telefonisch oder schriftlich kontaktiert werde. Die insoweit von mir vermittelten Daten sind geheim zu halten und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich bin jederzeit berechtigt, mitzuteilen, dass ich nicht mehr am Recall-System teilnehmen möchte. Für diesen Fall werden sämtliche gespeicherten Daten gelöscht, soweit diese nicht aus medizinischen Gründen aufbewahrt werden müssen.

Datum/Unterschrift

Fragebogen

Aktivität

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?

☐ ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (z. B. alte oder gebrechliche Menschen).

☐ ausschliesslich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z. B. Büroangestellte, Feinmechaniker).

☐ sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z. B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fliessbandarbeiter).

☐ überwiegend gehende und stehende Arbeit (z. B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).

☐ körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z. B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler).

Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und/oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit (länger als 30 Minuten)?

☐ gar nicht ☐ 1–3 Mal ☐ 4 mal oder öfter

Ernährungsgewohnheiten

Wie oft konsumieren Sie Fleisch?

☐ nie ☐ selten ☐ regelmässig ☐ täglich ☐ täglich viel ☐ sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Fisch?

☐ nie ☐ selten ☐ regelmässig ☐ täglich ☐ täglich viel ☐ sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Eier?

☐ nie ☐ selten ☐ regelmässig ☐ täglich ☐ täglich viel ☐ sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?

☐ nie ☐ selten ☐ regelmässig ☐ täglich ☐ täglich viel ☐ sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Obst, Salate oder Gemüse?

☐ nie ☐ selten ☐ regelmässig ☐ täglich ☐ täglich viel ☐ sehr viel

Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

☐ weniger als 1 Liter ☐ 1–2 Liter ☐ 2–3 Liter ☐ mehr als 3 Liter

Konsumieren Sie Alkohol? (1 Glas Wein = 0.2 Liter, 1 Glas Bier = 0.5 Liter)

☐ nie ☐ selten ☐ ein Glas täglich
☐ 2–3 Gläser täglich ☐ mehr als 3 Gläser täglich

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

☐ nein ☐ weniger als 10 Zigaretten tägl. ☐ 1 Packung täglich
☐ mehr als 1 Packung täglich ☐ mehr als 2 Packungen täglich

Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

☐ nein ☐ ja

Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?

☐ nein ☐ Gluten ☐ Milch, Milchprodukte ☐ Früchte allgemein
☐ Zitrusfrüchte ☐ Blütenpollen, Heuschnupfen usw. ☐ Meeresfrüchte/Schalentiere
☐ Iod ☐ Kupfer ☐ Histamin ☐ Ätherische Öle

Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?

☐ nein ☐ selten ☐ öfters ☐ (fast) immer

Leiden Sie unter Durchfall?

☐ nein ☐ selten ☐ öfters ☐ (fast) immer

Haben Sie wiederkehrende Reizungen der Magenwand und/oder Magengeschwüre?

☐ nein ☐ ja

Leiden Sie unter wiederkehrendem Sodbrennen?

☐ nein ☐ ja

Wurde eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?

☐ nein ☐ ja

Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben? (Transplantation, Einnahme von Immunsuppressiva usw.)

☐ nein ☐ ja

Ist einer der folgenden Erkrankungen zutreffend?

- ☐ Akne
- ☐ Alzheimer, Demenz
- ☐ Arteriosklerose
- ☐ Arthrose (Gelenkverschleiss)
- ☐ (Bronchial-) Asthma
- ☐ Blutfett-Stoffwechselstörung (Hyperlipoproteinämie)
- ☐ Bluthochdruck _____ / _____
- ☐ Bronchitis
- ☐ Burnout-Syndrom
- ☐ Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS – Chronic Fatique Syndrome)
- ☐ Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa (Reizdarm))
- ☐ Depression
- ☐ Diabetes mellitus (Typ 1)
- ☐ Diabetes mellitus (Typ 2)
- ☐ Entzündliche Erkrankungen (Rheuma, ...)
- ☐ Epilepsie
- ☐ Häufige Erkältungskrankheiten
- ☐ Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz)
- ☐ Gastritis (chronische Helicobacter-pylori Infektion, Magenschleimhautentzündung)
- ☐ Haarausfall, brüchige Nägel
- ☐ Herpes (simplex: Lippenherpes, Zoster: Gürtelrose)
- ☐ Zustand nach Herzinfarkt
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Hyperaktivität (Lern- und Konzentrationsstörungen, ADS, Hyperkinetisches Syndrom)
- ☐ Krebserkrankung (akut, in Behandlung)
- ☐ Makula-Degeneration, altersbedingt
- ☐ Migräne
- ☐ Multiple Sklerose (MS)
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Nierenerkrankung (Niereninsuffienz oder sonstige Nierenerkrankung, chronisch oder akut)
- ☐ Osteoporose
- ☐ Paradontitis
- ☐ Parkinson Krankheit
- ☐ Potenzprobleme (erektile Dysfunktion)
- ☐ Psoriasis
- ☐ Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion, Hyperthyreose)
- ☐ Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion)
- ☐ Tinnitus (Ohrengeräusche)
- ☐ Zöliakie

Weitere Diagnosen:

_____

Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:

- ☐ Lipidsenker (Cholesterinsenker)
- ☐ Antidiabetika bzw. Insulin (Blutzucker senkende Mittel)
- ☐ Antihypertonika (Blutdruck senkende Mittel)
- ☐ Diuretika (Mittel zur Wasserausscheidung)
- ☐ Blutverdünner
- ☐ Hormone
- ☐ Antiadiposita (Mittel zur Gewichtsreduktion)
- ☐ Gichtmittel
- ☐ Antidepressiva
- ☐ Parkinsonmittel
- ☐ Medikamente gegen Magenbeschwerden

☐ Ich nehme regelmässig andere, hier nicht aufgeführte Medikamente:

_____

Mikronährstoffpräparate:

_____

Sonstige Medikamente:

_____

Musste bei Ihnen jemals die Dosierung eines Medikamentes oder Nahrungsergänzungsmittels reduziert werden, da Sie zu stark darauf reagiert haben?

☐ nein ☐ ja

Für Frauen

Haben Sie Menstruationsbeschwerden?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie Libido Probleme?

☐ nein ☐ ja

Zyklustag

☐ 01. bis 10. Tag
☐ 11. bis 17. Tag
☐ 18. bis 28. Tag

Kein Zyklus

☐ Kind
☐ keine Gebärmutter
☐ wegen Hormontherapie (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.)
☐ wegen Schwangerschaft
☐ wegen Stillzeit
☐ wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause)
☐ wegen Postmenopause (Senium)

Körperliche Verfassung

Können Sie gut schlafen?

☐ (fast) nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ (fast) immer

Sind Sie ruhig und gelassen?

☐ (fast) nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ (fast) immer

Sind Sie guter Laune?

☐ (fast) nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ (fast) immer

Sind Sie voller Energie?

☐ (fast) nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ häufig ☐ (fast) immer

Fühlen Sie sich gestresst?

☐ (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ (fast) nie

Sind Sie entmutigt und traurig?

☐ (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ (fast) nie

Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?

☐ (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ (fast) nie

Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?

☐ (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ (fast) nie

Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?

☐ (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ (fast) nie

IABC®
INSTITUT FÜR ANGEWANDTE BIOCHEMIE AG

IABC® AG
Esslenstrasse 3 · 8280 Kreuzlingen
Telefon +41 (0)71 666 83 80
www.iabc.ch · info@iabc.ch