



Kundendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name		Vorname	
Strasse		Telefon	Fax Email
PLZ/Ort	Länderkürzel	Geburtsdatum	Geschlecht
Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Name eines Elternteils			Adressänderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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

Grösse
Gewicht

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. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass ich fortlaufend im Rahmen des sog. 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.

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.

Datum/Unterschrift

Fragebogen zur Ermittlung von Mikronährstoffdefiziten

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 täglich 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

Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?

- nein selten öfters (fast) immer

Leiden Sie unter Durchfall?

- nein selten öfters (fast) immer

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?

Bitte markieren Sie ausserdem die Erkrankung mit dem höchsten Leidensdruck.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer, Demenz | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Herzschwäche |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss) | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (akut, in Behandlung) |
| <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeits-syndrom (CFS) | <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Paradontitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) | <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektile Dysfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungserkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma, entzündliche Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche) |
| <input type="checkbox"/> Herpes (Zoster) | <input type="checkbox"/> Zöliakie |

Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:

- Lipidsenker, Cholesterinsenker
 Antidiabetika bzw. Insulin
 Antihypertonika, Blutdrucksenkende Mittel
 Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung
 Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion
 Gichtmittel
 Antidepressiva
 Parkinsonmittel
 Blutverdünner
 Hormone
 Mikronährstoffpräparate

- Ich nehme regelmässig hier nicht aufgeführte Medikamente.

Sonstige Medikamente:

Weitere Diagnosen:

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

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