

# Adresdaten Mikronährstoffanalyse

**HCK**® Passt perfekt.

## Wenn vorhanden Therapeutenadresse einfügen

--

## 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
<b>Befundübermittlung</b> <input type="checkbox"/> Ausführlicher Bericht mit persönlicher Mikronährstoffempfehlung und anschliessender Beratung durch eine Fachperson. Terminwunsch: _____ <input type="checkbox"/> Ausführlicher Bericht mit persönlicher Mikronährstoffempfehlung. <input type="checkbox"/> Persönliche Mikronährstoffempfehlung. Sprachauswahl: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> englisch <input type="checkbox"/> 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

--

In Kooperation mit

# 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    Ätherische Öle  
 Blütenpollen, Heuschnupfen usw.    Meeresfrüchte/Schalentiere    Iod    Kupfer

## 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

### Haben Sie wiederkehrende Reizungen der Magenwand und/oder Magengeschwüre?

nein    ja

### Leiden Sie unter wiederkehrendem Sodbrennen?

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 (erektiler 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 andere, hier nicht aufgeführte Medikamente

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

### 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