

Fragebogen Mikronährstoffanalyse



IN DREI SCHRITTEN ZU IHREM PERSÖNLICHEN MIKRONÄHRSTOFF-REZEPT

1. Fragebogen ausfüllen und per Post oder Fax uns zukommen lassen:
Gesundheitscoaching, Christine Rychener Beeler, Pardellgasse 35, 7304 Maienfeld, Fax 081 330 70 42
2. Aus Ihren Angaben errechnen wir kostenlos Ihre persönliche Mikronährstoffmischung.
3. Die Auswertung erfolgt innert 10 Tagen und enthält einen Rezeptvorschlag für Ihre individuelle
HCK-Mikronährstoffmischung. Bei offenen Fragen erlauben wir uns, Sie zu kontaktieren.

ZUR PERSON

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Name			Vorname
Strasse & Nr.			Ort & PLZ
Land			Geburtstag
Telefon			Mobile
eMail			Beruf
Gewicht			Grösse

AKTIVITÄT

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?
<input type="checkbox"/> ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (z.B. alte oder gebrechliche Menschen)
<input type="checkbox"/> ausschliesslich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (z.B. Büroangestellte, Feinmechaniker).
<input type="checkbox"/> sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten (z.B. Laboranten, Kraftfahrer, Studierende, Fließbandarbeiter).
<input type="checkbox"/> überwiegend gehende und stehende Arbeit (z.B. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).
<input type="checkbox"/> 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 Min.)?
<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> 1-3 mal <input type="checkbox"/> 4 mal oder öfter

ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

Wie oft konsumieren Sie ...

	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
... Fleisch?						
... Fisch?						
... Eier?						
... Milchprodukte?						
... Obst, Salate oder Gemüse?						

Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

- weniger als 1 Liter 1-2 Liter 2-3 Liter mehr als 3 Liter

Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Tag? *Glas Wein = 0.2 Liter / Glas Bier = 0.5 Liter*

- nie selten 1 Glas mehr als 3 Gläser mehr als 1 Flasche

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?

- nie bis 10 Zigaretten 1 Packung mehr als 1 Packung mehr als 2 Packungen

Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

- nein ja

Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?

- nein
 Gluten Milch, Milchprodukte Früchte allgemein Zitrusfrüchte Pollen, Heu

DIAGNOSE

Leiden Sie unter ...

	nie	selten	oft	fast immer
... Verstopfung?				
... Durchfall?				

Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre 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 eine der folgenden Erkrankungen zutreffend?

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

MEDIKAMENTE**Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker | <input type="checkbox"/> Gichtmittel |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin | <input type="checkbox"/> Antidepressiva |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika, Blutdruck senkende Mittel | <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel |
| <input type="checkbox"/> Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung | <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmässig folgende, hier nicht aufgeführte Medikamente ein: |
| <input type="checkbox"/> Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion | _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | |
| <input type="checkbox"/> Hormone | |

FÜR FRAUEN**Haben Sie Menstruationsbeschwerden?** nein ja**Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?** nein ja**Haben Sie Libido Probleme?** nein ja**Kein Zyklus**

-
- wegen Hormontherapie (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.)
-
-
- wegen Schwangerschaft
-
-
- wegen Stillzeit
-
-
- wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause)
-
-
- wegen Postmenopause (Senium)

ALLGEMEINE VERFASSUNG

	(fast) nie	selten	manchmal	häufig	(fast) immer
Können Sie gut schlafen?					
Sind Sie ruhig und gelassen?					
Sind Sie guter Laune?					
Sind Sie voller Energie?					

	(fast) immer	häufig	manchmal	selten	(fast) nie
Fühlen Sie sich gestresst?					
Sind Sie entmutigt und traurig?					
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?					
Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?					
Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?					

Mitteilungen, Notizen (z.B. Laborwerte, ...)

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.