

# Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Mikronährstoffbedarfs

## Adressdaten Mikronährstoffanalyse

Stempel Therapeut

## Kundendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name		Vorname	
Strasse			Hausnummer
PLZ	Ort		Länderkürzel
Telefon	Fax	E-Mail	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Grösse	Gewicht
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

## 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 computer-gestützt 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?

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