

Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Mikronährstoffbedarfs

HCK[®]
Passt perfekt.

+ Das Original in Swiss Quality

Adressdaten Mikronährstoffanalyse

Fragebogen senden

Fragebogen leeren

Fragebogen speichern

Kundendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name		Vorname	
Strasse			Hausnummer
PLZ	Ort		Länderkürzel
Telefon	Fax	E-Mail	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich	Grösse cm	Gewicht kg
Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Name eines Elternteils		Bauchumfang cm	Bitte Hinweise auf der letzten Seite beachten!

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 ☐ holländisch

Adressänderung

☐ ja ☐ nein

Zeit der Blutentnahme

☐ HRV

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 Sicherheit Ihrer Daten liegt uns am Herzen. Für weitere Informationen lesen Sie bitte unsere neuen Datenschutzrichtlinien nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) unter <https://hepart.ch/daten/>

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 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 | |
| | ☐ Iod | ☐ Kupfer | ☐ Histamin | ☐ Ätherische Öle |

Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?

☐ nie ☐ selten ☐ öfters ☐ (fast) immer

Leiden Sie unter Durchfall?

☐ nie ☐ 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 Ihres Immunsystems negative Folgen haben? (Transplantationen, Einnahme von Immunsuppressiva usw.)

☐ nein ☐ ja

Ist eine der folgenden Erkrankungen für Sie zutreffend?

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

☐ 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 | ☐ wegen Schwangerschaft |
| ☐ keine Gebärmutter | ☐ wegen Stillzeit |
| ☐ wegen Hormontherapie (Pille, Minipille,
Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.) | ☐ 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

Hinweis zur Angabe „Bauchumfang“ auf Seite 1:

Bauchumfang richtig messen: Unbekleidet; morgens vor dem Frühstück; knapp oberhalb des Bauchnabels, an der dicksten Stelle des Bauches; Bauchmuskeln entspannen; ausatmen, aber nicht Bauch einziehen; auf volle Zentimeter aufrunden; in Eingabefeld „Bauchumfang“ eintragen.

Dieser Parameter ist erforderlich zur Berechnung des Fettleberindex. Weitere dafür erforderliche Werte sind die γ -GT und die Triglyceride im Serum.

Die klinische Relevanz dieses Index ergibt sich aus der Tatsache, dass die Ausprägung der Fettleber Rückschlüsse darauf zulässt, inwieweit eine Stoffwechsel-entgleisung Richtung Diabetes 2 im Gange ist. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die Fettleber als Prädiabetes angesehen werden kann. Somit steht uns jetzt ein Frühwarnsystem für eine der gefährlichsten Erkrankungen weltweit zur Verfügung.



INSTITUT FÜR ANGEWANDTE BIOCHEMIE AG

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