



## 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  
 ja  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.

## 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 (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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker              | <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmässig hier nicht aufgeführte Medikamente. |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin                  |  |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika, Blutdrucksenkende Mittel   |  |
| <input type="checkbox"/> Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung    |  |
| <input type="checkbox"/> Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion |  |
| <input type="checkbox"/> Gichtmittel                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva                              |  |
| <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel                             |  |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner                               |  |
| <input type="checkbox"/> Hormone                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Mikronährstoffpräparate                     |  |
|  | <b>Sonstige Medikamente:</b>   |
|  | <b>Weitere Diagnosen:</b>  |

## 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