

Fragebogen zur Erstellung einer individuellen Vitalstoffmischung



(Ausgefüllten Fragebogen bitte direkt in der Apotheke abgeben oder per Fax an 0621-12477-119 senden)

O Mannheim O Heidelberg

1. persönliche Daten

Name		Beruf	
Vorname		Telefon	
Straße, Nummer		E-Mail	
PLZ, Ort			

Größe	Gewicht	Geschlecht	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
(in cm)	(in kg)	männlich <input type="checkbox"/>	

1.1 Sie betreiben keinen oder wenig Sport ?	<input type="checkbox"/>
1.2 Sie betreiben regelmäßig bis zu dreimal wöchentlich Sport bei einer erhöhten Pulsfrequenz ?	<input type="checkbox"/>
1.3 Sie betreiben mehr als dreimal wöchentlich Sport bei einer wesentlich erhöhten Pulsfrequenz ?	<input type="checkbox"/>
1.4 Sie betreiben Leistungssport ? Sportart _____	<input type="checkbox"/>
1.5 Ihre Arbeit ist körperlich sehr anstrengend (z.B. Bauarbeiter) ?	<input type="checkbox"/>

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:

1.6 Sind Sie Schwanger	1.7 Stillen Sie	1.8 Nehmen Sie Gestagene oder Östrogene ein	1.9 Menstruations- beschwerden	1.10 Wechseljahrs- beschwerden	1.11 Menopause
ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

2. Ernährungsgewohnheiten

	nie	gelegentlich	täglich	mehrmals täglich
2.1 Frische Salate, Gemüse und Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Frisches Obst und Obstsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Milch, Milchprodukte wie Käse, Joghurt, Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Fleisch und Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Zucker, Süßwaren, Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Krankheiten

3.1 Schilddrüsenerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	3.2 akute allergische Reaktionen oder akuter Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
3.3 Eisenmangel	<input type="checkbox"/>	3.4 erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>
3.5 Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	3.6 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
3.7 Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	3.8 Krebsnachsorge	<input type="checkbox"/>
3.9 Akne	<input type="checkbox"/>	3.10 Neurodermitis	<input type="checkbox"/>
3.11 Haar- oder Nagelprobleme	<input type="checkbox"/>	3.12 Arthritis (nicht Arthrose) oder Rheuma	<input type="checkbox"/>
3.13 Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>	3.14 Diabetes Typ II	<input type="checkbox"/>
3.15 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	3.16 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>
3.17 Nierenfunktionsstörungen	<input type="checkbox"/>	3.18 Sonstige Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/>

4. Medikation und Nahrungsergänzungsmittel

Lipidsenker, Cholesterinsenker	<input type="checkbox"/>	Gichtmittel	<input type="checkbox"/>
Antidiabetika bzw. Insulin	<input type="checkbox"/>	Tuberkulosemittel	<input type="checkbox"/>
Antihypertonika, Blutdruck senkende Mittel	<input type="checkbox"/>	Parkinsonmittel	<input type="checkbox"/>
Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung	<input type="checkbox"/>	Ich nehme sonstige, hier nicht aufgeführte Medikamente ein: _____	<input type="checkbox"/>
Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>		

	ja	nein
Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Befinden

	nie	gelegentlich	häufig	immer
5.1 Fühlen Sie sich müde und abgeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Fühlen Sie sich gestresst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Leiden Sie unter Infekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Leiden Sie an Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Haben Sie (nachts) Muskelkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6 Leiden sie an Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Leiden Sie unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Umweltbelastungen

	ja	nein	
6.1 Rauchen Sie selbst ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zigaretten / Tag
6.2 Wird in Ihrem Umfeld geraucht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3 Sind Sie häufig intensiver UV-Strahlung ausgesetzt (Sonne, Solarium) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tage pro Monat
6.4 Sind Sie am Wohnort/Arbeitsplatz starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Belastung

Ein Angebot für eine Vitalstoffmischung ist nur möglich, wenn vollständige und richtige Angaben gemacht wurden.

Hiermit versichere ich, dass die obigen Angaben vollständig und korrekt sind.

_____, _____._____._____
(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hinweis auf Datenschutz:

Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie werden zur Ermittlung Ihres persönlichen Vitalstoffbedarfs erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass die Fortuna Apotheke im Rahmen von regelmäßigen Anpassungen der Vitalstoffmischung, Veranstaltungshinweisen oder aktuellen Informationen sich mit mir in Verbindung setzt.

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

FORTUNA Apotheke Mannheim

Friedrich-Ebert-Strasse 39
68167 Mannheim

Tel.: 0621 - 12477 - 106

Fax: 0621 - 12477 - 119

E-Mail: info@fortunavital.de

Internet: www.fortunavital.de

Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten zu obigem Zweck bin ich einverstanden.

_____, _____._____._____
(Ort, Datum)

(Unterschrift)