

Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Mikronährstoffbedarfs



Den ausgefüllten Fragebogen bitte:
 direkt **in der Apotheke abgeben**
 oder **per Fax an 0621-17828-571** senden

Mannheim Heidelberg

Persönliche Daten			
Name		Vorname	
Straße		Nummer	
PLZ		Ort	
E-Mail		Telefon	

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"/>	

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 Minuten)?	
<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> 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

Wie viel 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, wie viel?

nein weniger als 10 Zigaretten täglich eine Packung täglich
 mehr als eine Packung täglich mehr als zwei Packungen täglich

Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

nein ja

Leiden Sie an einer Allergie oder Unverträglichkeit?

nein
 Gluten Milch, Milchprodukte Früchte allgemein Zitrusfrüchte
 Blütenpollen, Heuschnupfen, etc. Meeresfrüchte, Schalentiere
 Jod 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?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Herpes
(simplex: Lippenherpes,
Zoster: Gürtelrose) |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer, Demenz | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Herzschwäche |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-)Asthma | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität
(Lern- und Konzentrationsstörungen,
ADS, Hyperkinetisches Syndrom) |
| <input type="checkbox"/> Blutfettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (akut, in Behandlung) |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (____/____) | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration, altersbedingt |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen
(Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
(Niereninsuffizienz oder sonstige
Nierenerkrankung, chronisch oder
akut) |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Parodontitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Parkinson Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankungen
(Rheuma etc.) | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektile Dysfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskel-
schmerz) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unter-
funktion) |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche) |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel | <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 andere, hier nicht aufgeführte Medikamente:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin (Blutzucker senkende Mittel) | <input type="checkbox"/> Mikronährstoffpräparate:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika (Blutdruck senkende Mittel) | <input type="checkbox"/> sonstige Medikamente:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Diuretika (Mittel zur Wasserausscheidung) | Musste bei Ihnen jemals die Dosierung eines Medikamentes oder Nahrungsergänzungsmittels reduziert werden, da Sie zu stark darauf reagiert haben?
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner | |
| <input type="checkbox"/> Hormone | |
| <input type="checkbox"/> Antiadiposita (Mittel zur Gewichtsreduktion) | |
| <input type="checkbox"/> Gichtmittel | |
| <input type="checkbox"/> Antidepressiva | |
| <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Magenbeschwerden (Säureblocker-PPI) | |

Für Frauen

Haben Sie Menstruationsbeschwerden? nein ja

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden? nein ja

Haben Sie Libido-Probleme? nein ja

Zyklustag

01. - 10. Tag 11. - 17. Tag 18. - 28. Tag

Kein Zyklus

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kind | <input type="checkbox"/> wegen Schwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> keine Gebärmutter | <input type="checkbox"/> wegen Stillzeit |
| <input type="checkbox"/> wegen Hormontherapie (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.) | <input type="checkbox"/> wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause) |
| | <input type="checkbox"/> wegen Postmenopause (Senium) |

Körperliche Verfassung				
Können Sie gut schlafen?				
<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie ruhig und gelassen?				
<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie guter Laune?				
<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Sind Sie voller Energie?				
<input type="checkbox"/> (fast) nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> (fast) immer
Fühlen Sie sich gestresst?				
<input type="checkbox"/> (fast) immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> (fast) nie
Sind Sie entmutigt und traurig?				
<input type="checkbox"/> (fast) immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> (fast) nie
Fühlen Sie Sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?				
<input type="checkbox"/> (fast) immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> (fast) nie
Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?				
<input type="checkbox"/> (fast) immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> (fast) nie
Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?				
<input type="checkbox"/> (fast) immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> (fast) nie

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.

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

Ort, Datum

Unterschrift