

# Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Mikronährstoffbedarfs

## 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 <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Grösse cm	Gewicht kg
Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Name eines Elternteils		Bauchumfang cm	<b>Bitte Hinweise auf der letzten Seite beachten!</b>

### 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<sup>®</sup> 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?

- |                               |  |   |  |   |
|-------------------------------|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Gluten                          | <input type="checkbox"/> Milch, Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Früchte allgemein           | <input type="checkbox"/> Zitrusfrüchte  |
|                               | <input type="checkbox"/> Blütenpollen, Heuschnupfen usw. |   | <input type="checkbox"/> Meeresfrüchte, Schalentiere |   |
|                               | <input type="checkbox"/> Iod                             | <input type="checkbox"/> Kupfer               | <input type="checkbox"/> Histamin                    | <input type="checkbox"/> 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"/> 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 (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

- |   |   |
|---|---|
| <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,<br>Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.) | <input type="checkbox"/> wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause) |
|   | <input type="checkbox"/> 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  $\gamma$ -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 Stoffwechsell-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