

Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Mikronährstoffbedarfs

HCK[®]
Passt perfekt.

+ Das Original in Swiss Quality

Adressdaten Mikronährstoffanalyse

Betreuende Fachperson
Firmenstempel

Fragebogen senden

Fragebogen leeren

Fragebogen speichern

Kundendaten (bitte gut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen / *Pflichtfelder bitte ausfüllen)

Name*

Vorname*

Strasse*

Hausnummer*

PLZ*

Ort*

Länderkürzel*

Telefon*

E-Mail*

Geburtsdatum*

Geschlecht*

☐ weiblich ☐ männlich

Grösse*

Gewicht*

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

Wichtiger Hinweis – Wofür brauchen wir Ihre Angaben im Fragebogen?

Die IABC-Auswertung gibt Aufschluss über Ihren individuellen Mikronährstoffbedarf. Sie stützt sich auf Ihre persönlichen Angaben zu Ihrem Lebensstil/ Wohlbefinden. Diese Daten benötigen wir, um die Zusammensetzung für Ihre individuelle Mikronährstoffempfehlung zu ermitteln. Der IABC-Bericht ersetzt weder eine medizinische Anamnese noch eine Diagnose und kann auch keine Aussagen zu Krankheitsrisiken leisten. Zur Abklärung gesundheitlicher Beschwerden nehmen Sie bitte mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt oder einer anderen Gesundheitsfachperson Kontakt auf. Lesen Sie bitte auch den Hinweis zur IABC Mikronährstoff-Empfehlung auf der letzten Seite dieses Auftragsbogens sorgfältig durch.

Hinweis auf Datenschutz

Ich erkläre hiermit, dass ich die Datenschutzerklärung der Firmen der hepart group switzerland unter <https://hepart.ch/daten> zur Kenntnis genommen habe. Ich erteile meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheits- und Messdaten, welche zur Verarbeitung dieses Auftrags notwendig sind, an die Unternehmen der hepart group switzerland. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Erklärung des Kunden

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

Erhielten Sie eine Covid 19-Impfung?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie Libido-Probleme?

☐ 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 (erektile 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) |
| | ☐ Long Covid | ☐ 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)
- ☐ Schmerzmittel

☐ 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

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

Haben Sie Gelenkschmerzen?

☐ (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ (fast) nie

Haben Sie andere körperliche Schmerzen?

☐ (fast) immer ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ (fast) nie

Hinweis zur Mikronährstoffempfehlung

Im Anschluss an die Auswertung durch das IABC® erhalten Sie einen ausführlichen Bericht und eine individuelle Mikronährstoff-Empfehlung. Diese Empfehlung darf nicht als Ersatz für eine ausgewogene Ernährung und einen gesunden Lebensstil betrachtet werden. Die Mikronährstoff-Empfehlung ist dazu bestimmt, Ihre Ernährung zu ergänzen und trägt über ihre ernährungsbezogene oder physiologische Wirkung zu normalen Stoffwechselfunktionen bei.