

# Fragebogen Mikronährstoffanalyse



## IN DREI SCHRITTEN ZU IHREM PERSÖNLICHEN MIKRONÄHRSTOFF-REZEPT

1. Fragebogen ausfüllen und per Mail, Fax oder Post uns zukommen lassen:  
Drogerie Renfer Beat, Bielstrasse 1, 2543 Lengnau, [drogerie.renfer@bluewin.ch](mailto:drogerie.renfer@bluewin.ch), Fax: 032 652 42 12
2. Aus Ihren Angaben errechnen wir kostenlos Ihre persönliche Mikronährstoffmischung.
3. Die Auswertung erfolgt innert wenigen Tagen und enthält einen Rezeptvorschlag für Ihre **individuelle HCK-Mikronährstoffmischung**.  
Bei offenen Fragen erlauben wir uns, Sie zu kontaktieren.

## ZUR PERSON

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Name	Vorname	
Strasse & Nr.	Ort & PLZ	
Land	Geburtstag	
Telefon	Mobile	
eMail	Beruf	
Gewicht	Grösse	

## 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 Min.)?

- gar nicht
- 1-3 mal
- 4 mal oder öfter

## ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN

### Wie oft konsumieren Sie ...

	nie	selten	regelmässig	täglich	täglich viel	sehr viel
... Fleisch?						
... Fisch?						
... Eier?						
... Milchprodukte?						
... Obst, Salate oder Gemüse?						

### Wieviel Flüssigkeit trinken Sie pro Tag?

- weniger als 1 Liter   
  1-2 Liter   
  2-3 Liter   
  mehr als 3 Liter

### Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Tag? *Glas Wein = 0.2 Liter / Glas Bier = 0.5 Liter*

- nie   
  selten   
  1 Glas   
  mehr als 3 Gläser   
  mehr als 1 Flasche

### Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?

- nie   
  bis 10 Zigaretten   
  1 Packung   
  mehr als 1 Packung   
  mehr als 2 Packungen

### Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

- nein   
  ja

### Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?

- nein  
 Gluten   
  Milch, Milchprodukte   
  Früchte allgemein   
  Zitrusfrüchte   
  Pollen, Heu

## DIAGNOSE

Leiden Sie unter...	nie	selten	oft	fast immer
... Verstopfung?				
... Durchfall?				

### Haben Sie wiederkehrende Reizungen der Magenwand und/oder Magengeschwüre?

- nein   
  ja

### Leiden Sie unter wiederkehrendem Sodbrennen?

- nein   
  ja

### Wurde innerhalb der letzten fünf Jahre eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?

- nein   
  ja

### Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative folgen haben? *Transplantation usw.*

- nein   
  ja

### Ist eine der folgenden Erkrankungen zutreffend?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akne                                  | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt               |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer / Demenz                    | <input type="checkbox"/> Herzschwäche                           |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose                       | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen                  |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss)          | <input type="checkbox"/> Zöliakie                               |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma                   | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität                         |
| <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung          | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (akut, in Behandlung)  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                         | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration                    |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis                            | <input type="checkbox"/> Migräne                                |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom                       | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS)                 |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS)   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                          |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen                      | <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz          |
| <input type="checkbox"/> Depression                            | <input type="checkbox"/> Osteoporose                            |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1)             | <input type="checkbox"/> Paradontitis                           |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2)             | <input type="checkbox"/> Parkinsonsche Krankheit                |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                             | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektile Dysfunktion)  |
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungskrankheiten         | <input type="checkbox"/> Psoriasis                              |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) | <input type="checkbox"/> Rheuma, entzündliche Erkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Gastritis                             | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion)  |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Herpes (Zoster)                       | <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche)              |

### MEDIKAMENTE

#### Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmässig einnehmen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lipidsenker, Cholesterinsenker              | <input type="checkbox"/> Gichtmittel  |
| <input type="checkbox"/> Antidiabetika bzw. Insulin                  | <input type="checkbox"/> Antidepressiva   |
| <input type="checkbox"/> Antihypertonika, Blutdruck senkende Mittel  | <input type="checkbox"/> Parkinsonmittel  |
| <input type="checkbox"/> Diuretika, Mittel zur Wasserausscheidung    | <input type="checkbox"/> Ich nehme regelmässig folgende, hier nicht aufgeführte Medikamente ein:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Antiadiposita, Mittel zur Gewichtsreduktion |   |
| <input type="checkbox"/> Blutverdünner                               |   |
| <input type="checkbox"/> Hormone                                     |   |

### FÜR FRAUEN

Haben Sie Menstruationsbeschwerden?  nein  ja

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden?  nein  ja

Haben Sie Libido Probleme?  nein  ja

#### Kein Zyklus

- wegen Hormontherapie (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.)
- wegen Schwangerschaft
- wegen Stillzeit
- wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause)
- wegen Postmenopause (Senium)

## ALLGEMEINE VERFASSUNG

	(fast) nie	selten	manchmal	häufig	(fast) immer
<b>Können Sie gut schlafen?</b>					
<b>Sind Sie ruhig und gelassen?</b>					
<b>Sind Sie guter Laune?</b>					
<b>Sind Sie voller Energie?</b>					

	(fast) immer	häufig	manchmal	selten	(fast) nie
<b>Fühlen Sie sich gestresst?</b>					
<b>Sind Sie entmutigt und traurig?</b>					
<b>Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?</b>					
<b>Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?</b>					
<b>Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?</b>					

Mitteilungen, Notizen (z.B. Laborwerte, ...)

### 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.

**renfer drogerie**  
**Lengnau 032 652 42 12**

