

## HCK-FRAGEBOGEN

Jeder Mensch ist einzigartig. Das gilt auch für seinen tatsächlichen Bedarf an Mikronährstoffen.

Mit diesem individuellen Fragebogen ermitteln wir Ihre Bedürfnisse an Vitalstoffen (Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente, Aminosäuren etc.). Das Resultat ist eine persönliche Mischung all der benötigten Stoffe in Form eines Granulats. Ihr Vorteil: Mit einem Präparat decken Sie Ihre individuellen Bedürfnisse an Mikronährstoffen ab.

Füllen Sie den Fragebogen aus und senden ihn uns zu. Wir werden Ihre Antworten auswerten und senden Ihnen Ihr persönliches Dossier wieder zurück. Aufgrund dieser Information (Rezept, Kosten, Anwendungsdauer usw.) können Sie dann Ihre individuelle Mischung bestellen.

**Die Bearbeitung dieses Fragebogens kostet in der Schweiz CHF 20.00 zuzüglich Porto  
in EU-Ländern Euro 16.00 zuzüglich Porto**

### 1. Allgemeine Fragen

Anrede *	_____		
Name *	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Vorname *	_____	Geburtsdatum *	_____
Strasse *	_____	Grösse *	_____ cm
PLZ / Ort *	_____	Gewicht *	_____ kg
Land	_____	Wunschgewicht *	_____ kg
Email *	_____		
Beruf	_____		

\* Pflichtfelder

Fettanteil	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief
Blutzucker	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief
Gesamt-Cholesterin	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief
Triglyceride	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief
Harnsäure	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief
Blutdruck	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief
HDL Cholesterin	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief
Homocystein	<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu tief

Sie betreiben Sport bis zu dreimal wöchentlich bei einer wesentlich erhöhten Pulsfrequenz?  ja  nein

Sie betreiben regelmässig Ausdauersport (mindestens 3 Stunden pro Woche)  ja  nein

Sie betreiben Leistungssport?  ja  nein

Sportart? \_\_\_\_\_

Ist Ihre Arbeit körperlich sehr anstrengend?  ja  nein

Erinnern Sie sich zumeist an Ihre Träume?  ja  nein

Haben Sie weisse Flecken an den Fingernägeln?  ja  nein

Haben Sie ein gutes (akustisches) Namensgedächtnis?  ja  nein

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Stillen Sie?  ja  nein

Nehmen Sie die Pille?  ja  nein

Menstruationsbeschwerden?  ja  nein

Wechseljahrbeschwerden?  ja  nein

Menopause?  ja  nein

## 2. Ernährungsgewohnheiten

Frische Salate (Rohkost)  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Obst, frische Obstsäfte  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Gemüse, frische Gemüsesäfte  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Vollkornprodukte  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Frittiertes, Paniertes  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Wurst, Geräuchertes  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Fleisch  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Fisch  nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Zucker, Süswaren, zuckerhaltige  
Limonaden

nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

Alkoholische Getränke

nie  gelegentlich  täglich  mehrmals täglich

### 3. Stress

Sind Sie beruflich starken psychischen Belastungen  
ausgesetzt?

nie  selten  häufig  immer

Sind Sie privat starken psychischen Belastungen  
ausgesetzt?

nie  selten  häufig  immer

Fühlen Sie sich überfordert?

nie  selten  häufig  immer

Gibt es in Ihrem Umfeld Dinge, die Sie ändern  
möchten, aber nicht können?

nie  selten  häufig  immer

Können Sie sich entspannen?

nie  selten  häufig  immer

Können Sie gut schlafen?

nie  selten  häufig  immer

Sind Sie mit sich und Ihrem Umfeld zufrieden?

nie  selten  häufig  immer

### 4. Umweltbelastungen

Sind Sie am Wohnort starken Auto und/oder Industrieabgasen ausgesetzt?

ja  nein

Sind Sie am Arbeitsplatz starken Auto und/oder Industrieabgasen ausgesetzt?

ja  nein

Üben Sie eine Tätigkeit mit grösserer Schadstoffbelastung (Insektizide,  
Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus?

ja  nein

Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farbe,  
Lacke, Parfums, ...)?

ja  nein

Arbeiten Sie häufig am Computer?

ja  nein  
\_\_\_\_\_ Std./Tag

Benutzen Sie ein Handy?

ja  nein  
\_\_\_\_\_ Min./Tag

- Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen?  ja  nein
- Sind Sie häufig intensiver UV-Strahlung ausgesetzt (Sonne, Solarium)?  ja  nein
- Wird in Ihrem Umfeld geraucht?  ja  nein
- Rauchen Sie selbst?  ja  nein  
\_\_\_\_\_ Stk./Tag

### 5. Krankheiten und Beschwerden

- Nehmen Sie zur Zeit vom Arzt verordnete Arzneimittel?  ja  nein
- Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben (Transplantation, Einnahme von Immunosuppressiva, ...)?  ja  nein
- Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?  nie  selten  häufig  immer
- Leiden Sie unter Depressionen?  nie  selten  häufig  immer
- Leiden Sie unter Infekten?  nie  selten  häufig  immer
- Leiden Sie unter Verstopfung?  nie  selten  häufig  immer
- Leiden Sie an Durchfall?  nie  selten  häufig  immer
- Leiden Sie unter Blähungen (Völlegefühl)?  nie  selten  häufig  immer
- Leiden Sie an Appetitlosigkeit?  nie  selten  häufig  immer
- Haben Sie (nachts) Muskelkrämpfe?  nie  selten  häufig  immer

### 6. Leiden Sie unter ...

- Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen  ja  nein
- Alkoholproblemen oder anderen Leberbelastungen (Hepatitis)  ja  nein
- Herz-, Kreislaufproblemen  ja  nein
- Entzündlichen Erkrankungen, Rheuma  ja  nein
- Bluthochdruck  ja  nein
- Diabetes Typ I  ja  nein
- Diabetes Typ II  ja  nein

## Ihre Adresse für Kräuterheilkunde!

Gesundes Wissen GmbH | Naturheilpraxis | Am Kirchplatz 8 | CH-9410 Heiden  
Tel. +41 (0)71891 1810 | Fax +41 (0)718914270 | info@gesundewissen.ch | www.gesundeswissen.ch

# GESUNDES WISSEN

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Fettstoffwechselstörungen                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Krebs, Krebsnachsorge                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arthrose, degenerative Erkrankungen      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Neurodermitis                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Potenzproblemen                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Psoriasis                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwermetallintoxikation                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax oder E-Mail an:

### Gesundes Wissen GmbH

Naturheilpraxis – Naturheilmittel und mehr  
Kirchplatz 8  
CH-9410 Heiden

Fax: +41 (0)71 891 42 70

E-Mail: info@gesundewissen.ch