

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.gesundewissen.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 und Drogerie
Kirchplatz 8
CH-9410 Heiden

Fax: +41 (0)71 891 42 70

E-Mail: info@gesundewissen.ch