

Vitamin – und Mineralstoffcheck, Teil 1: Fragebogen zur medizinischen Vorgeschichte

Kennwort oder Name: _____

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent!

Dieser Fragebogen zur Vorgeschichte (sog. „Anamnese“) dient dem Therapeuten zur **Feststellung Ihrer medizinischen Risiken** und sollte deshalb in Ihrem Interesse sorgfältig ausgefüllt werden. Unterstreichen bzw. Umranden Sie bitte das für Sie jeweils Zutreffende. Wenn etwas mehrmals zutrifft, bitte mehrmals unterstreichen, gepunktete Felder ausfüllen, falls vorhanden die vorgegebene Zeitangabe (Woche/Monat/Jahr) unterstreichen.

1. Wie alt sind Sie ? Wie groß sind Sie ?.....cm. Wie schwer sind Sie ?.....Kg
2. Ich bin männlich/weiblich, mache seitJahren Schichtarbeit und habeKinder
3. Mein Vater, Mutter, Großvater, Großmutter hatte einen Herzinfarkt, Herzleiden, Schlaganfall, oder Durchblutungsstörung der Gliedmaßen vor dem 90. Lebensjahr
4. Seit.....Wochen/Monaten/Jahren habe ich Stiche in der Brust oder Herzschlagunregelmäßigkeiten bemerkt.
5. Bei mir ist seitMonaten/Jahren ein hohes Cholesterin über 220/300 mg/dl bekannt.
Meine letzte Cholesterinmessung liegtMonate/Jahre zurück.
6. Mein Vater, Mutter, Großvater, Großmutter hatte ein Krebsleiden
7. Ich selbst habe oder hatte ein Krebsleiden vor.....Jahren.
8. Ich, mein Vater, Mutter, Großvater, Großmutter hatte einen Knochenbruch, ohne großen Unfall oder eine festgestellte Osteoporose.
9. Bei mir selbst wurde eine Osteoporose vor.....Jahren festgestellt.
10. Bei mir, bei meinem Vater, Mutter, Großeltern ist eine Blutzuckererkrankung (Diabetes) bekannt.
Meine letzte Zuckermessung liegtMonate/Jahre zurück.

11. Bei mir, bei meinem Vater, Mutter, Großeltern ist ein hoher Blutdruck (Hypertonie, Blutdruck über 160 / 95 mmHg) bekannt?
Ich nehme Medikamente für meinen Bluthochdruck ein ja/nein ?
Meine letzte Blutdruckmessung liegtMonate/Jahre zurück.
Und der Wert betrug
12. Bei mir ist ein Nierenstein/Blasensteinleiden oder Gichtanfälle bekannt ?
13. SeitMonaten/Jahren leide ich gehäuft unter Infektionen. Vorher hatte ich.....Infektionen pro Jahr, jetzt habe ichInfektionen/pro Jahr.
14. Wenn ich jetzt eine Infektion habe, dauert dieseTage/Wochen. Vor einigen Jahren dauerte diese nurTage/Wochen.
15. Ich fühlte mich seitWochen/Monaten/Jahren ganz schlecht, es geht gerade noch, mittel, ganz gut, super
16. Meine Leistungsfähigkeit und Energie in der letzten Woche war :
praktisch null, alles fiel mir schwer, ging gerade noch, mittel, ganz gut, gut, super

Ich nehme an diesem Vitamin- und Mineralstoffcheck teil, weil ich mir folgende Verbesserung wünsche:

17.
18.
19.

- Ich habe auch Interesse an einem Vitamin- und Mineralstoffseminar mit einem Arzt teilzunehmen.
- Mit einer Benachrichtigung zu dem Termin bin ich einverstanden.
- Anbei der Vitamin- und Mineralstoff-Fragebogen (2. Teil des Vitalstoffcheck's), der hilft meine Mikronährstoffversorgung bzw. meinen Bedarf an Mikronährstoffen einzuschätzen.



Vitamin- und Mineralstoffcheck Teil 2: Vitamin- und Mineralstoff-Fragebogen

Kennwort oder Name: _____

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent!

Dieser Vitamin- und Mineralstoff-Fragebogen hilft uns, Ihre Mikronährstoffversorgung bzw. Ihren Bedarf an Mikronährstoffen einzuschätzen und sollte deshalb – genauso wie der *Fragebogen zur Vorgeschichte* - in Ihrem Interesse sorgfältig ausgefüllt werden.

Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Buchstaben A, B oder C an, tragen Sie die Punkte in die rechte Spalte ein und zählen Sie die Ergebnisse der 20 Fragen des Check's zusammen, wobei für die einzelnen Antwortbereiche folgende Punktzahlen gelten:

A = 0 Punkte

B = 1 Punkt

C = 2 Punkte

| | Punkte |
|---|--------|
| 1. Wie häufig essen Sie wöchentlich Gemüse- oder Salate zu den Mahlzeiten ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche | |
| 2. Essen Sie Obst, Zitrus- oder Südfrüchte ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche | |
| 3. Trinken Sie Fruchtsäfte oder Gemüsesäfte ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche | |
| 4. Essen Sie Tomaten, Paprika oder Grapefruit ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche | |
| 5. Verwenden Sie zum Anmachen von Salaten und zum Braten pflanzliche Öle ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche | |
| 6. Essen Sie Oliven, Nüsse oder Avocados ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche | |
| 7. Essen Sie Vollkornprodukte oder unpolierten Reis ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche | |

| | |
|---|--|
| <p>8. Ernähren Sie sich ausgewogen und vollwertig ? (Gemüse, Kartoffeln, Salate, Obst, Getreide, Fisch, Geflügel, Milch, Milchprodukte ?) A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche</p> | |
| <p>9. Nehmen Sie zusätzlich Multivitaminpräparate oder Multivitaminsäfte zu sich ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche</p> | |
| <p>10. Nehmen Sie Milch und Milchprodukte zu sich ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche</p> | |
| <p>11. Verwenden Sie viel frisches Gemüse und Salate ? (nicht älter als 2 Tage) A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche</p> | |
| <p>12. Dünsten oder Dämpfen Sie Kartoffeln und Gemüse ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche</p> | |
| <p>13. Essen Sie in Kantine, Gaststätte oder Schnellimbüß ? A: täglich, mind. 5x/Woche B: gelegentlich 1-2x/Woche C: selten</p> | |
| <p>14. Sind Sie Vegetarier ? A: ja ohne B: esse gelegentlich tierische Produkte C: nein</p> | |
| <p>15. Betreiben Sie Ausdauersport oder üben Sie regelmäßig schwere körperliche Tätigkeiten aus ? A: selten B: gelegentlich 1-2x/Woche C: täglich, mind. 5x/Woche</p> | |
| <p>16. Haben Sie privat oder beruflich bedingten Streß ? A: täglich, mind. 5x/Woche B: gelegentlich 1-2x/Woche C: selten</p> | |
| <p>17. Sind Sie vermehrt Umweltbelastungen wie Smog und Autoabgasen ausgesetzt ? A: täglich, mind. 5x/Woche B: gelegentlich 1-2x/Woche C: selten</p> | |
| <p>18. Rauchen Sie ? A: ja, ständig inhalierend B: ja, nicht inhalierend C: nein</p> | |
| <p>19. Nehmen Sie Medikamente (inkl. der Pille) ? A: täglich, mind. 5x/Woche B: gelegentlich 1-2x/Woche C: selten</p> | |
| <p>20. Machen Sie Schlankheits- bzw.- Reduktionsdiäten (unter 1200 Kcal. am Tag) ohne gleichzeitig auf ausreichende Vitaminversorgung zu achten ? A: mehr als 5x Im Leben B: gelegentlich (ca. 1-2x im Leben) C: nie</p> | |

Gesamtpunkte Risikofaktoren

Besprechen Sie bitte das Ergebnis und die sich daraus für Sie persönlich ergebenden Konsequenzen mit uns. Es lohnt sich – für Ihre Gesundheit und Ihr Leben!

Ihr Praxis-Team



Auswertung des Vitamin- und Mineralstoff-Checks durch den Therapeuten:

Bei der Ausfüllung des Vitamin- und Mineralstoff-Fragebogen wurden folgende Punktzahlen erreicht (höchste erreichbare Punktzahl = 40):

Mehr als 21 Punkte:

Die Mikronährstoffversorgung ist ausgezeichnet:

„Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Förderung Ihrer persönlichen Gesundheit: Machen Sie weiter so!“

14 bis 21 Punkte:

Es finden sich deutliche Hinweise, daß die Mikronährstoffversorgung Lücken aufweist:

Deshalb sollte die Zufuhr verbessert werden.

Weniger als 14 Punkte:

Die Mikronährstoffversorgung ist aller Wahrscheinlichkeit nach unbefriedigend:

Eine erhöhte Zufuhr erscheint dringend notwendig!

Begründung:

Unzureichende Konzentrationen oder gar Mangel an Mikronährstoffen beeinträchtigen langfristig den Stoffwechsel und schwächen das Immunsystem.

In diesen Fällen sollte die Zufuhr langfristig erhöht werden. Dies kann am besten – soweit möglich – über eine gesunde und vollwertige Ernährung erfolgen. Zusätzlich sollte durch einen entsprechenden gesunden Lebensstil dafür gesorgt werden, daß ein evtl. überhöhter Bedarf an Mikronährstoffen verringert wird.

Häufig läßt sich allerdings beim heutigen modernen Lebensstil mit diesen Maßnahmen ein bereits vorhandenes oder drohendes Defizit nicht beseitigen, weshalb in diesen Fällen eine zusätzliche Gabe von Mikronährstoffen in Form eines hochwertigen Nahrungsergänzungspräparates zu empfehlen ist.