

# Fragebogen Mikronährstoffanalyse für Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre

**HCK**® Passt perfekt.

## Kundendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name		Vorname	
Strasse/Nr.		Telefon	Fax
Länderkürzel/PLZ	Ort	Geburtsdatum	Email
Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters			Geschlecht
			Adressänderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Befundübermittlung</b>			Grösse
<input type="checkbox"/> Ausführlicher Bericht mit persönlicher Mikronährstoffempfehlung und anschliessender Beratung durch eine Fachperson. Terminwunsch: _____			Gewicht
<input type="checkbox"/> Ausführlicher Bericht mit persönlicher Mikronährstoffempfehlung.			
<input type="checkbox"/> Persönliche Mikronährstoffempfehlung.			
Sprachauswahl: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch <input type="checkbox"/> englisch <input type="checkbox"/> italienisch			

## 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.

## Datum/Unterschrift

In Kooperation mit

**IABC**  
INSTITUT FÜR ANGEWANDTE BIOCHEMIE AG

# Fragebogen zur Ermittlung von Mikronährstoffdefiziten

## Schlafgewohnheiten

- gut
- unruhig
- Einschlafprobleme (geht spät ins Bett: \_\_\_\_\_ Uhr; wacht früh auf \_\_\_\_\_ Uhr)
- wenig ( \_\_\_\_\_ Stunden)
- viel (Nacht \_\_\_\_\_ Stunden / Tag \_\_\_\_\_ Stunden)
- träumt häufig beim Schlafen
- Alpträume

## Sportliche Aktivitäten

- keinen Sport und/oder insgesamt sehr wenig Bewegungsdrang
- etwas Sport und/oder normaler Bewegungsdrang
- drei Mal wöchentlich Sport und/oder sehr aktiv
- Hochleistungssport (Welche Art: \_\_\_\_\_)

## Ernährungsgewohnheiten

### Wie oft wird Fleisch konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft wird Fisch konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft werden Eier konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft werden Milchprodukte konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft wird Salat oder Gemüse konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft wird Obst konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft werden Vollkornprodukte konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft werden Konserven konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft werden Süssigkeiten, Bonbons konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

### Wie oft wird FastFood konsumiert?

- nie  selten  regelmässig  täglich  täglich viel  sehr viel

Anderes \_\_\_\_\_

## Trinkgewohnheiten

- Kakaotränk, heisse Schokolade
- Kaffee, Cola
- Milch
- Wasser, ungesüssten Tee
- Fruchtsäfte
- Anderes \_\_\_\_\_

## Sonstiges

### Hungergefühl?

- oft    manchmal    selten    nie

### Grösse der Mahlzeit

- klein    normal    gross

**Anzahl der Mahlzeiten** \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen** \_\_\_\_\_

Könnte eine Stärkung des Immunsystems negative Folgen haben (Transplantation, Einnahme von Immunsuppressiva, usw.)    ja    nein

## Ist eine der folgenden Erkrankungen / Leiden zutreffend?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADS/ADHS Syndrom                      | <input type="checkbox"/> sieht blass aus und fühlt sich müde       |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen               | <input type="checkbox"/> häufige Erkältungskrankheiten             |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität, Unruhe                | <input type="checkbox"/> Neurodermitis, Psoriasis                  |
| <input type="checkbox"/> Depressionen                          | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                              |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                | <input type="checkbox"/> Milchunverträglichkeit                    |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen, Migräne                | <input type="checkbox"/> Andere Allergien oder Unverträglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht                           | _____  |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht                          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis                            |  |
| <input type="checkbox"/> häufige Infektionen, Entzündungen     | <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten, Beschwerden           |
| <input type="checkbox"/> häufige Halsentzündungen, Erkältungen | _____  |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung                           | _____  |
| <input type="checkbox"/> Durchfall                             | _____  |

## Medikamente

**Werden Medikamente eingenommen?**    nein    ja

Wenn ja, welche? (Name des Medikamentes und Dosierung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einnahme:**    morgens    mittags    abends    nachts

