

## Adressdaten Zell-Check® Analysezentrum



## Kundendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name		Vorname	
Strasse		Hausnummer	
PLZ	Ort	Länderkürzel	
Telefon	Fax	E-Mail	
Geburtsdatum	Geschlecht	Grösse	Gewicht
Blutgruppe	Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Name eines Elternteils		

### Hinweise auf Datenschutz

Die Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Therapieergänzungsprofils. Sie sind darüber informiert worden, dass das Zell-Check Analysezentrum keine Diagnosen stellt oder sonstige ärztliche Leistungen erbringt oder ersetzt und für Sie ausschließlich beratend tätig ist.

### Erklärung des Kunden

Ich bin damit einverstanden, dass ich fortlaufend im Rahmen des sogenannten Recall-Systems telefonisch oder schriftlich kontaktiert werden darf. Die insoweit von mir vermittelten Daten sind geheim zu halten und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich bin jederzeit berechtigt Ihnen mitzuteilen, dass ich nicht mehr am Recall-System teilnehmen möchte. Für diesen Fall werden sämtliche gespeicherten Daten gelöscht, sofern diese nicht aus medizinischen Gründen aufbewahrt werden müssen.

Datum / Unterschrift

# Fragebogen

## Aktivität

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?

- ausschließlich sitzende oder liegende Lebensweise
- ausschließlich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivitäten  
(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. Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizisten)
- körperlich anstrengende berufliche Arbeit  
(z.B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler)

## Ernährungsgewohnheiten

Wie oft konsumieren Sie Fleisch?

- nie       selten       regelmäßig       täglich       täglich viel       sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Fisch?

- nie       selten       regelmäßig       täglich       täglich viel       sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Süßigkeiten, Kuchen oder andere Süßspeisen?

- nie       selten       regelmäßig       täglich       täglich viel       sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Milchprodukte?

- nie       selten       regelmäßig       täglich       täglich viel       sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Kaffee?

- nie       selten       regelmäßig       täglich       täglich viel       sehr viel

Wie oft konsumieren Sie Obst, Salate oder Gemüse?

- nie       selten       regelmäßig       täglich       täglich viel       sehr viel

Wieviel Wasser trinken Sie pro Tag?

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

Konsumieren Sie Alkohol? (1 Glas Wein = 0,2 Liter, 1 Glas Bier = 0,5 Liter)

- nie       selten       ein Glas täglich
- 2-3 Gläser täglich       mehr als 3 Gläser täglich

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

- nein       weniger als 10 Zigaretten täglich       1 Packung täglich
- mehr als 1 Packung täglich       mehr als 2 Packungen täglich

Wird in Ihrem Umfeld geraucht?

- nein       ja

Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit?

- nein       Gluten       Milch, Milchprodukte       Blütenpollen, Heuschnupfen usw.
- Früchte allgemein       Zitrusfrüchte       Ätherische Öle       Meeresfrüchte / Schalentiere
- Iod       Kupfer       Histamin

## Körperliches Befinden

### Haben Sie Verstopfung?

- nein  selten  öfters  (fast) immer

### Haben Sie Durchfall?

- nein  selten  öfters  (fast) immer

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

- nein  ja

### Haben Sie wiederkehrendes Sodbrennen?

- nein  ja

### Wurde eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?

- nein  ja

### Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben? (Transplantation, Einnahme von Immunsuppressiva usw.)

- nein  ja

### Haben Sie Rückenschmerzen?

- nein  selten  öfters  (fast) immer

### Haben Sie Haarausfall, dünnes Haar oder andere Haarprobleme?

- nein  ja

### Haben Sie Probleme mit Ihrer Haut?

- nein  ja

### Haben Sie brüchige Nägel?

- nein  ja

### Haben Sie Probleme mit Ihrem Bindegewebe?

- nein  ja

### Ist einer der folgenden Erkrankungen zutreffend?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1)   | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (akut, in Behandlung) |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer, Demenz   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2)   | <input type="checkbox"/> Macular-Degeneration, altersbedingt     |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose   | <input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankungen (Rheuma, ...)   | <input type="checkbox"/> Migräne                                 |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiß)                                       | <input type="checkbox"/> Epilepsie   | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS)                  |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma   | <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungskrankheiten   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis                           |
| <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung<br>(Hyperlipoproteinämie)            | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz)   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen                      |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck ___/___   | <input type="checkbox"/> Gastritis (chronische Helicobacter-pylori<br>Infektion, Magenschleimhautentzündung)       | <input type="checkbox"/> Osteoporose                             |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis  | <input type="checkbox"/> Herpes (simplex: Lippenherpes,<br>Zoster: Gürtelrose)                                     | <input type="checkbox"/> Paradontitis                            |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom   | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> Parkinson Krankheit                     |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom<br>(CFS - Chronic Fatigue Syndrome) | <input type="checkbox"/> Herzschwäche  | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme                          |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (Morbus Chron,<br>Colitis Ulcerosa (Reizdarm))   | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen   | <input type="checkbox"/> Psoriasis                               |
| <input type="checkbox"/> Depression  | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität (Lern- und Konzentrations-<br>störungen, ADS, Hyperkinetisches<br>Syndrom) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion)   |
|  |  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion)  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Tinnitus (Ohrengeräusche)               |
|  |  | <input type="checkbox"/> Zöliakie                                |

### Weitere Diagnosen:

\_\_\_\_\_

## Medikamente

Bitte kreuzen Sie an, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen:

- Lipidsenker (Cholesterinsenker)
- Antidiabetika bzw. Insulin (Blutzuckersenkende Mittel)
- Antihypertonika (Blutdrucksenkende Mittel)
- Diuretika (Mittel zur Wasserausscheidung)
- Blutverdünner
- Hormone
- Antiadiposita (Mittel zur Gewichtsreduktion)
- Gichtmittel
- Antidepressiva
- Parkinsonmittel
- Medikamente gegen Magenbeschwerden

Ich nehme regelmäßig andere, hier nicht aufgeführte Medikamente ein:

\_\_\_\_\_

**Mikronährstoffpräparate/Nahrungsergänzungsmittel:**

\_\_\_\_\_

**Sonstige Medikamente:**

\_\_\_\_\_

Musste bei Ihnen jemals eine Dosierung eines Medikamentes oder Nahrungsergänzungsmittels reduziert werden, da Sie zu stark darauf reagiert haben:

nein     ja

## Körperlicher Verfassung

**Können Sie gut schlafen?**

fast (nie)     selten     manchmal     häufig     (fast) immer

**Sind Sie ruhig und gelassen?**

fast (nie)     selten     manchmal     häufig     (fast) immer

**Sind Sie voller Energie?**

fast (nie)     selten     manchmal     häufig     (fast) immer

**Fühlen Sie sich gestresst?**

fast (nie)     selten     manchmal     häufig     (fast) immer

**Sind Sie entmutigt und traurig?**

fast (nie)     selten     manchmal     häufig     (fast) immer

**Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?**

fast (nie)     selten     manchmal     häufig     (fast) immer

**Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?**

fast (nie)     selten     manchmal     häufig     (fast) immer



Web: [www.zell-check.com](http://www.zell-check.com)  
E-Mail: [office@zell-check.com](mailto:office@zell-check.com)