

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
(Hyperlipoproteinämie) | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck ____ / ____ | <input type="checkbox"/> Gastritis (chronische Helicobacter-pylori
Infektion, Magenschleimhautentzündung) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Herpes (simplex: Lippenherpes,
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
(CFS - Chronic Fatigue Syndrome) | <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (Morbus Chron,
Colitis Ulcerosa (Reizdarm)) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität (Lern- und Konzentrations-
störungen, ADS, Hyperkinetisches
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
E-Mail: mail@zell-check.com