



## Fachhandel

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: | | | | | | | | | | Pat.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Vorname Vater / Mutter: \_\_\_\_\_ Sex:  M  
 (bei Minderjährigen)  W  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

# Patienten-Etikett

Entnahmedatum: | | | | | | | | | |  
 Entnahmezeit: | | | | | | | | | |

Dr. med.  
Max Muster  
Hertistrasse 1  
8304 Wallisellen  
Tel: +41 44 877 39 08



000056410



Formularbestellung:  
 5  20  
 10  50

Fragestellung / Symptomatik:

### 1. TOXIKOLOGIE - SCHWERMETALLE

**HA Haarmineral-Analyse Basis** **TS 101**  
 20 Mineralstoffe / Spurenelemente und 18 toxische Metalle  
 Kopfhaar  
 Körperhaar/Schamhaar  
 Fingernägel  
 mit individueller Befundinterpretation  
 bitte Anamnesebogen für die Haarmineral-Analyse  
 ausfüllen

**TW Trinkwasserscreen** **TS 801** **Neu**  
 pH-Wert, Leitfähigkeit, Wasserhärte, Nitrat und Nitrit, Mineral-  
 stoffe, Spurenelemente und Schwermetalle - mit Erklärungen zu  
 den Resultaten

**TW Schwermetallscreen 8 Elemente** **TS 801** **Neu**  
 Arsen, Blei, Cadmium, Chrom, Kupfer, Nickel, Silber, Uran

### 2. ORTHOMOLEKULARE MEDIZIN - ERNÄHRUNG

**U2 Methylmalonsäure im Urin** **TS 302**  
 **U1 Gesamtpyrrole (Kryptopyrrol)** **TS 304**  
 **U1 Indikan** **TS 304**  
 **U2 Jod im Urin** **TS 302** Körpergewicht [kg]: \_\_\_\_\_

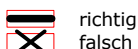
### 3. DRY BLOOD SPOT - KAPILLARBLUT ANALYSEN

**DBS 25-OH-Vitamin D** **TS 501**  
 **DBS Diaminoxidase** **TS 501**  
 **DBS Nitrotyrosin** **TS 501**  
 **DBS Fettsäureprofil** **TS 501**  
 12 gesättigte, einfach und mehrfach ungesättigte Fettsäuren,  
 Omega-3-Index, Eicosanoid-Balance (EPA / AA), Omega-6 /  
 Omega-3-Verhältnis

**DBS Pro Analyse 1 Probenfeld**

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten  
 Untersuchungen. Ich bin über die Kosten informiert worden.  
 Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Leistungen gemäss Kranken-  
 versicherungsgesetz (KVG) nicht von der Grundversicherung über-  
 nommen werden müssen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



**U1** Erster Morgenurin **HA** Haare **TS** Testset anfordern  
**U2** Zweiter Morgenurin **TW** Trinkwasser **XYZ**

# ANAMNESEBOGEN FÜR DIE INDIVIDUELLE BEFUNDINTERPRETATION HAARMINERAL-ANALYSE

Bitte in Druckschrift gut leserlich ausfüllen und zusammen mit der Haarprobe zurücksenden

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

## Untersuchungsmaterial:

- Kopfhaare    Behandlung: \_\_\_\_\_     Gefärbt, getönt     Medizinalshampoo: \_\_\_\_\_
- Scham-, Körperhaare (keine Achselhaare) \_\_\_\_\_
- 10 Fingernägel (unlackiert, gereinigt)

## Lifestyle und spezielle Belastungssituationen:

- |  |  |                                       |   |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vegetarier                | <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum, stark    | <input type="checkbox"/> Schmuck      | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft    |
| <input type="checkbox"/> Veganer                   | <input type="checkbox"/> Piercing                | <input type="checkbox"/> Tattoos      | <input type="checkbox"/> Stillzeit          |
| <input type="checkbox"/> Sport: Ab 10 Std. / Woche | <input type="checkbox"/> Zahnplomben aus Amalgam | <input type="checkbox"/> Beruf: _____ | <input type="checkbox"/> Nierensteine       |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht (BMI < 18)   | <input type="checkbox"/> Zahnstifte, Kronen      |                                       | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht (BMI > 30)    | <input type="checkbox"/> Implantate, Stents      |                                       | <input type="checkbox"/> Gallensteine       |
| <input type="checkbox"/> Raucher                   |  |                                       | <input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz  |

Bitte kreuzen Sie nachfolgend max. 5 Hauptbeschwerden an:  
(wird nur bei individueller Therapieempfehlung und Befundinterpretation berücksichtigt)

### ALLERGIEN

- Asthma  
 Heuschnupfen  
 Verdacht auf Nahrungs-  
mittel-Unverträglichkeiten

### AUGEN, OHREN, NASE

- Geruchs-, Geschmacks-  
störungen  
 Grauer Star (Katarakt)  
 Grüner Star (Glaukom)  
 Maculadegeneration  
 Tinnitus

### FRAUENBESCHWERDEN

- Menstruationsschmerzen  
 Prämenstruelles Syndrom  
 Fertilitätsstörungen  
 Wechseljahrsbeschwerden

### HAUT, HAARE, NÄGEL

- Akne  
 Haarausfall  
 Nagelbrüchigkeit  
 Neurodermitis  
 Psoriasis  
 Trockene Haut

### HERZ UND GEFÄSSE

- Eisenmangel-Anämie  
 Arteriosklerose  
 Bluthochdruck  
 Blutfettwerte, erhöht  
 Herzinsuffizienz  
 Herzrhythmusstörungen

### IMMUNSYSTEM

- Bronchitis, chronisch  
 Infektanfälligkeit  
 Herpes simplex

### KONZENTRATION, ADHS, STRESS

- Gedächtnis-,  
Konzentrationsschwäche  
 Müdigkeit, Energielosigkeit  
 Schlafstörungen  
 Stress, chronisch  
 Burnout  
 Hyperaktivität, ADHS

### KREBS

- Frühere Krebserkrankungen

### MÄNNERBESCHWERDEN

- Erektile Dysfunktion  
 Fertilitätsstörungen

### MUSKEL, KNOCHEN, GELENKE

- Arthritis  
 Arthrose  
 Fibromyalgie  
 Gicht  
 Muskelkrämpfe  
 Osteoporose

### NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN

- Alzheimer, Demenz  
 Epilepsie  
 Multiple Sklerose  
 Parkinson

### OPERATIONEN, WUNDHEILUNG

- Wundheilung, verzögert

### PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

- Angstzustände  
 Depressionen  
 Schizophrenie

### SCHMERZEN

- Schmerzen, chronisch  
 Kopfschmerzen  
 Migräne

### STOFFWECHSELSTÖRUNGEN

- Diabetes, Typ 1  
 Diabetes, Typ 2  
 Hypoglykämie  
 Hypothyreose  
 Lust nach Süßigkeiten

### VERDAUUNGSTRAKT

- Blähungen  
 Colitis ulcerosa  
 Colon irritabile  
 Durchfall, chronisch  
 Gallensteine  
 Magenentzündung  
 Morbus Crohn  
 Verstopfung

### ZÄHNE, MUNDSCHLEIMHAUT

- Aphthen  
 Parodontose