

**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)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <p>ALLERGIEN</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Heuschnupfen</p> <p><input type="checkbox"/> Verdacht auf Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten</p> <p>AUGEN, OHREN, NASE</p> <p><input type="checkbox"/> Geruchs-, Geschmacksstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt)</p> <p><input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)</p> <p><input type="checkbox"/> Maculadegeneration</p> <p><input type="checkbox"/> Tinnitus</p> <p>FRAUENBESCHWERDEN</p> <p><input type="checkbox"/> Menstruationsschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom</p> <p><input type="checkbox"/> Fertilitätsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Wechseljahrsbeschwerden</p> <p>HAUT, HAARE, NÄGEL</p> <p><input type="checkbox"/> Akne</p> <p><input type="checkbox"/> Haarausfall</p> <p><input type="checkbox"/> Nagelbrüchigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Neurodermitis</p> <p><input type="checkbox"/> Psoriasis</p> <p><input type="checkbox"/> Trockene Haut</p> | <p>HERZ UND GEFÄSSE</p> <p><input type="checkbox"/> Eisenmangel-Anämie</p> <p><input type="checkbox"/> Arteriosklerose</p> <p><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Blutfettwerte, erhöht</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz</p> <p><input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen</p> <p>IMMUNSYSTEM</p> <p><input type="checkbox"/> Bronchitis, chronisch</p> <p><input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simplex</p> <p>KONZENTRATION, ADHS, STRESS</p> <p><input type="checkbox"/> Gedächtnis-, Konzentrationsschwäche</p> <p><input type="checkbox"/> Müdigkeit, Energielosigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Schlafstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Stress, chronisch</p> <p><input type="checkbox"/> Burnout</p> <p><input type="checkbox"/> Hyperaktivität, ADHS</p> <p>KREBS</p> <p><input type="checkbox"/> Frühere Krebserkrankungen</p> | <p>MÄNNERBESCHWERDEN</p> <p><input type="checkbox"/> Erektile Dysfunktion</p> <p><input type="checkbox"/> Fertilitätsstörungen</p> <p>MUSKEL, KNOCHEN, GELENKE</p> <p><input type="checkbox"/> Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrose</p> <p><input type="checkbox"/> Fibromyalgie</p> <p><input type="checkbox"/> Gicht</p> <p><input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose</p> <p>NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN</p> <p><input type="checkbox"/> Alzheimer, Demenz</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> Multiple Sklerose</p> <p><input type="checkbox"/> Parkinson</p> <p>OPERATIONEN, WUNDHEILUNG</p> <p><input type="checkbox"/> Wundheilung, verzögert</p> <p>PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN</p> <p><input type="checkbox"/> Angstzustände</p> <p><input type="checkbox"/> Depressionen</p> <p><input type="checkbox"/> Schizophrenie</p> | <p>SCHMERZEN</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen, chronisch</p> <p><input type="checkbox"/> Kopfschmerzen</p> <p><input type="checkbox"/> Migräne</p> <p>STOFFWECHSELSTÖRUNGEN</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes, Typ 1</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes, Typ 2</p> <p><input type="checkbox"/> Hypoglykämie</p> <p><input type="checkbox"/> Hypothyreose</p> <p><input type="checkbox"/> Lust nach Süßigkeiten</p> <p>VERDAUUNGSTRAKT</p> <p><input type="checkbox"/> Blähungen</p> <p><input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa</p> <p><input type="checkbox"/> Colon irritabile</p> <p><input type="checkbox"/> Durchfall, chronisch</p> <p><input type="checkbox"/> Gallensteine</p> <p><input type="checkbox"/> Magenentzündung</p> <p><input type="checkbox"/> Morbus Crohn</p> <p><input type="checkbox"/> Verstopfung</p> <p>ZÄHNE, MUNDSCHLEIMHAUT</p> <p><input type="checkbox"/> Aphthen</p> <p><input type="checkbox"/> Parodontose</p> |
|--|---|--|--|

ANAMNESEBOGEN FÜR DIE INDIVIDUELLE BEFUNDINTERPRETATION MIKROBIOM / STUHLDIAGNOSTIK

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

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Folgebefund

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Beschwerdebild / Anamnese:

Medikamente, Dosierung, Einnahme seit:

Diagnosen

Bitte kreuzen Sie im folgenden Feld bekannte Erkrankungen oder Beschwerdebilder an, an denen der Patient leidet:

VERDAUUNGSTRAKT

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Darmmykosen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> Divertikulose | <input type="checkbox"/> Dyspepsie |
| <input type="checkbox"/> Fruktosemalabsorption | <input type="checkbox"/> Gallensteinleiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Kolon-Karzinom | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Meteorismus |
| <input type="checkbox"/> NM-Unverträglichkeit | |
| <input type="checkbox"/> Obstipation | <input type="checkbox"/> Ulcusleiden |
| <input type="checkbox"/> Pankreasinsuffizienz exokrin | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Stomatitis |

RESPIRATIONSTRAKT

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Rhinitis | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Tonsillitis | |

HAUT, HAARE

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Ekzeme |
| <input type="checkbox"/> Furunkulose | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Trockene Haut |
| <input type="checkbox"/> Urtikaria | <input type="checkbox"/> Zellulite |

ALLERGIEN

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien | <input type="checkbox"/> Pollinosis |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | |

PSYCHE, NERVENSYSTEM

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Angstsyndrom | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität, ADS | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung | |

ZUSÄTZLICHE ANGABEN

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Antibiotikatherapie |