



Bio-Medizinische Produkte

Dr. Peter-Kurt Österreicher
 Hauptplatz 17/C/1
 A-2514 Traiskirchen Pf.23
 Fon: +43-2252-56333-33
 Fax: +43-2252-56333-14
<http://www.biomedpro.com>
 Email: office@biomedpro.com

Fragebogen zur individuellen Bestimmung der essentiellen Nährstoffzufuhr

Auch unser Lebensstil beeinflusst den Bedarf an Vitaminen, Mineralien und Spurenelementen (essentiellen Nährstoffen). So verbrauchen z.B.: RaucherInnen ein Vielfaches an Vitamin C. Kaffee- und Alkoholgenuss führen zu einem erhöhten Verbrauch von Vitaminen und Spurenelementen. Stress, Handys, Bildschirmarbeit all das erhöht den Bedarf an essentiellen Nährstoffen. Auch Kummer oder Ärger steigern den Verbrauch von Vitaminen und Spurenelementen.

Der Fragebogen dient zur Erhebung Ihrer individuellen Lebensstilfaktoren. Daraus können wir mit unserer Erfahrung und einer Software ihren individuellen Bedarf an Vitaminen, Spurenelementen, Aminosäuren etc. errechnen. Wenn Sie uns Ihren ausgefüllten Fragebogen mailen, faxen oder per Post zuschicken, erstellen wir ein unverbindliches Angebot über die von ihnen benötigte individuelle Vitalstoffmischung.

Selbstverständlich werden sämtliche Daten vertraulich behandelt (Ärztliche Schweigepflicht!).

Name		Anrede	
Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Nummer		Beruf	
PLZ, Ort		Geschlecht	männlich weiblich [] []
Land		Telefon	

Größe	Gewicht	Fettanteil	Harnsäure	Blutzucker
cm	kg	%	umol/L mg/dl	mmol/L mg/dl
		zu hoch [] normal []	zu hoch [] normal []	zu hoch [] normal [] zu tief []
		unbekannt []	unbekannt []	unbekannt []
Blutdruck	Gesamtcholesterin	HDL-Cholesterin	Triglyceride	Homocystein
systolisch/diastolisch	mmol/L mg/d	mmol/L mg/dl	mmol/L mg/dl	umol/L
zu hoch [] normal [] zu tief []	zu hoch [] normal [] zu tief []	normal [] zu tief []	zu hoch [] normal []	zu hoch [] normal []
unbekannt []	unbekannt []	unbekannt []	unbekannt []	unbekannt []

Wieviel kg möchten Sie wiegen?	
Sie betreiben keinen oder kaum Sport?	<input type="checkbox"/>
Sie betreiben bis zu dreimal wöchentlich Sport bei einer wesentlich erhöhten Pulsfrequenz?	<input type="checkbox"/>
Sie betreiben regelmäßig Ausdauersport (mindestens drei Stunden pro Woche) ?	<input type="checkbox"/>
Sie betreiben Leistungssport?	<input type="checkbox"/>
Sportart:	
	ja nein
Ist Ihre Arbeit körperlich sehr anstrengend?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Erinnern Sie sich an Ihre Träume?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie weiße Flecken an den Fingernägeln?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein gutes (akustisches) Namensgedächtnis?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:	ja	nein
Sind Sie Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie die Pille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechselbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menopause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Gelegentlich	Täglich	Mehrmals täglich
Frische Salate (Rohkost)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst, frische Obstsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse, frische Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frittiertes, Paniertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst, Geräuchertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zucker, Süßwaren, zuckerhaltige Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	häufig	immer
Sind Sie beruflich starken psychischen Belastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie privat starken psychischen Belastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich überfordert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es in Ihrem Umfeld Dinge, die Sie ändern möchten, aber nicht können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich entspannen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie gut schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit sich und Ihrem Umfeld zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	
Sind Sie am Wohnort starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie am Arbeitsplatz starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Üben Sie eine Tätigkeit mit größerer Schadstoffbelastung (Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs-, oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums,...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeiten Sie häufig am Computer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stunden/Tag _____
Benutzen Sie ein Handy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minuten/Tag _____
Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie häufig intensiver UV-Strahlung ausgesetzt (Sonne, Solarium) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wird in Ihrem Umfeld geraucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zigaretten/Tag _____

	ja	nein
Nehmen Sie zur Zeit vom Arzt verordnete Arzneimittel (Medikamente) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben (Transplantation, Einnahme von Immunsuppressiva...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Infekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Verstopfung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Durchfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Blähungen (Völlegefühl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Appetitlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie (nachts) Muskelkrämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie unter			
Akne, Haut-, Haar- Nagelproblemen	<input type="checkbox"/>	Allergischen Reaktionen, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>
Alkoholproblemen oder anderen Leberbelastungen (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	Krebs, Krebsnachsorge	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufproblemen	<input type="checkbox"/>	Arthrose, degenerative Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Erkrankungen, Rheuma	<input type="checkbox"/>	Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ II	<input type="checkbox"/>	Potenzproblemen	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	Psoriasis	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	Schwermetallintoxikation	<input type="checkbox"/>