

Mikronährstoffmischung

Ganzheitliche Gesundheits- und Lebensraumgestaltung
 Beatrice Moran · Blumenfeldstrasse 17 · CH-8046 Zürich
 mobile +41 (0)79 843 14 82 email info@3balance.ch
 web www.3balance.ch

1. Allgemeine Fragen

Fragebogennummer:

Name ²	Anrede ³
Vorname ⁴	Geburtsdatum ⁵
Strasse, Nummer ⁶	Beruf ⁷
PLZ, Ort ⁸	Geschlecht ⁹ weiblich <input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂
Land ¹⁰	Telefon ¹¹

Grösse ¹² <input type="text"/> (in cm)	Gewicht ¹³ <input type="text"/> (in kg)	Fettanteil ¹⁴ ¹⁵ <input type="text"/> % zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Harnsäure ¹⁶ ¹⁷ <input type="text"/> µmol/L ¹⁸ <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Blutzucker ¹⁹ ²⁰ <input type="text"/> µmol/L ²¹ <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄
Blutdruck ²² systolisch, diastolisch ²³ <input type="text"/> zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Gesamt-Cholesterin ²⁴ ²⁵ <input type="text"/> µmol/l ²⁶ <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	HDL-Cholesterin ²⁷ ²⁸ <input type="text"/> µmol/l ²⁹ <input type="text"/> mg/dL normal <input type="checkbox"/> ₂ zu tief <input type="checkbox"/> ₃ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Triglyceride ³⁰ ³¹ <input type="text"/> µmol/l ³² <input type="text"/> mg/dL zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄	Homocystein ³³ ³⁴ <input type="text"/> µmol/l zu hoch <input type="checkbox"/> ₁ normal <input type="checkbox"/> ₂ unbekannt <input type="checkbox"/> ₄

Wieviel (kg) möchten Sie wiegen?	³⁵ <input type="text"/> kg
----------------------------------	---------------------------------------

³⁶ Sie betreiben keinen oder kaum Sport? <input type="checkbox"/> ₁ Sie betreiben bis zu dreimal wöchentlich Sport bei einer wesentlich erhöhten Pulsfrequenz? <input type="checkbox"/> ₂ Sie betreiben regelmässig Ausdauersport (mindestens drei Stunden pro Woche)? <input type="checkbox"/> ₃ Sie betreiben Leistungssport? <input type="checkbox"/> ₄
³⁷ Sportart <input type="text"/>

³⁸ Ist Ihre Arbeit körperlich sehr anstrengend?	ja <input type="checkbox"/> ₁	nein <input type="checkbox"/> ₂
---	--	--

		ja	nein
Erinnern Sie sich zumeist an Ihre Träume?	³⁹	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Haben Sie weisse Flecken an den Fingernägeln?	⁴⁰	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Haben Sie ein gutes (akustisches) Namensgedächtnis?	⁴¹	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Nur von weiblichen Personen auszufüllen:

Sind Sie schwanger?	Stillen Sie?	Nemen Sie die Pille?	Menstruationsbeschwerden?	Wechselbeschwerden?	Menopause
⁴² ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂	⁴³ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂	⁴⁴ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂	⁴⁵ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂	⁴⁶ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂	⁴⁷ ja <input type="checkbox"/> ₁ nein <input type="checkbox"/> ₂

2. Ernährungsgewohnheiten

	nie	gelegentlich	täglich	mehrmals täglich
Frische Salate (Rohkost)	⁴⁸ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Obst, frische Obstsaften	⁴⁹ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Gemüse, frische Gemüsesäfte	⁵⁰ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Vollkornprodukte	⁵¹ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Joghurt, Frischmilchprodukte, Käse	⁵² <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Frittiertes, Paniertes	⁵³ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wurst, Geräuchertes	⁵⁴ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Fleisch	⁵⁵ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Fisch	⁵⁶ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Zucker, Süßwaren, zuckerhaltige Limonaden	⁵⁷ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Alkoholische Getränke	⁵⁸ <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

3. Stress

	nie	selten	häufig	immer
Sind Sie beruflich starken psychischen Belastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sind Sie privat starken psychischen Belastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Fühlen Sie sich überfordert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Gibt es in Ihrem Umfeld Dinge, die Sie ändern möchten, aber nicht können?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Können Sie sich entspannen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Können Sie gut schlafen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Sind Sie mit sich und Ihrem Umfeld zufrieden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

4. Umweltbelastungen

	ja	nein	
Sind Sie am Wohnort starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Sind Sie am Arbeitsplatz starken Auto- und/oder Industrieabgasen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Üben Sie eine Tätigkeit mit grösserer Schadstoffbelastung (Insektizide, Pestizide, Herbizide, Schwermetalle, Säuredämpfe) aus?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Arbeiten Sie mit Desinfektions-, Reinigungs- oder Lösungsmitteln (Farben, Lacke, Parfums...)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Arbeiten Sie häufig am Computer?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Stunden /Tag 3
Benutzen Sie ein Handy?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Minuten /Tag 3
Wohnen oder arbeiten Sie im Bereich von Hochspannungsleitungen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Sind Sie häufig intensiver UV-Strahlung ausgesetzt (Sonne, Solarium)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Wird in Ihrem Umfeld geraucht?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Rauchen Sie selbst?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Zigaretten /Tag 3

5. Krankheiten, Beschwerden

	ja	nein
Nehmen Sie zur Zeit vom Arzt verordnete Arzneimittel? ⁷⁶	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Könnte eine Stärkung des Immunsystems für Sie negative Folgen haben (Transplantation, Einnahme von Immunosuppressiva...)? ⁷⁷	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

	nie	selten	häufig	immer
Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt? ⁷⁸	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Leiden Sie unter Depressionen? ⁷⁹	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Leiden Sie unter Infekten? ⁸⁰	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Leiden Sie unter Verstopfung? ⁸¹	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Leiden Sie an Durchfall? ⁸²	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Leiden Sie unter Blähungen (Völlegefühl)? ⁸³	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Leiden Sie an Appetitlosigkeit? ⁸⁴	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Haben Sie (nachts) Muskelkrämpfe? ⁸⁵	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Leiden Sie unter

⁸⁶

Akne, Haut-, Haar-, Nagelproblemen	<input type="checkbox"/> 1	allergischen Reaktionen, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> 10
Alkoholproblemen oder anderen Leberbelastungen (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> 2	Krebs, Krebsnachsorge	<input type="checkbox"/> 11
Herz-Kreislaufproblemen	<input type="checkbox"/> 3	Arthrose, degenerative Erkrankungen	<input type="checkbox"/> 12
entzündlichen Erkrankungen, Rheuma	<input type="checkbox"/> 4	Multipler Sklerose, Alzheimer, Parkinson	<input type="checkbox"/> 13
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> 5	Neurodermitis	<input type="checkbox"/> 14
Diabetes Typ I	<input type="checkbox"/> 6	Osteoporose	<input type="checkbox"/> 15
Diabetes Typ II	<input type="checkbox"/> 7	Potenzproblemen	<input type="checkbox"/> 16
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/> 8	Psoriasis	<input type="checkbox"/> 17
Gicht	<input type="checkbox"/> 9	Schwermetallintoxikation	<input type="checkbox"/> 18

Hinweis auf Datenschutz:

Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschliesslich zur Ermittlung Ihres persönlichen Mikronährstoffbedarfs, der computergestützt ausgewertet wird. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.