

Praxis/Stempel

Medizinische Leitung

Dr. med.
Matthias HeiligerIABC® AG
Esslenstrasse 3
8280 Kreuzlingen
Telefon +41 (0)71 666 83 80
www.iabc.ch
info@iabc.ch

Patientendaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name		Vorname	
Strasse		Telefon	Fax
PLZ/Ort	Länderkürzel	E-Mail	
Geburtsdatum	Geschlecht	Grösse	Gewicht
Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren Name eines Elternteils			
<input type="checkbox"/> Rechnung an Praxis	<input type="checkbox"/> Rechnung an Patient	Adressänderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Befundübermittlung

Ausführlicher Bericht mit individuell angepasster Therapieempfehlung

 per E-Mail an Therapeuten per Post an TherapeutenSprachauswahl: deutsch französisch englisch italienisch holländisch

Erklärung des Patienten

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen, die von unserem akkreditierten Kooperationslabor durchgeführt werden.

Mir ist bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Untersuchungen auch um Vorsorgeleistungen handeln kann, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

Pro Auftrag wird eine Auftragstaxe von CHF 24.00 in Rechnung gestellt.

Preise ohne MwSt.. Für Analysen, die nicht ärztlich verordnet sind, wird die gesetzliche MwSt. hinzugerechnet.

Hinweis auf Datenschutz

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

IABC® ColonScan

	Selbstzahler Preis in CHF
<input checked="" type="checkbox"/> IABC® ColonScan	419.00
Quantitative bakteriologische und mykologische Stuhluntersuchung, Virulente Faktoren, Auftragstaxe	24.00
α-1-Antitrypsin, sekretorisches IgA, Calprotektin, Beta-Defensin 2, MwSt.	443.00
Eosinophiles Protein X (EPX), Histamin, Helicobacter pylori, TFT-Parasitologie, inkl. Beurteilung	35.44
	478.44

Datum/Unterschrift Patient

Fragebogen

Aktivität

Wie lässt sich Ihre Beschäftigungssituation am besten beschreiben?

- ausschliesslich sitzende oder liegende Lebensweise (z. B. alte oder gebrechliche Menschen).
- ausschliesslich sitzende Tätigkeit mit wenig oder keiner anstrengenden Freizeitaktivität (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. Hausfrauen, Verkäufer, Kellner, Mechaniker, Handwerker, Polizist).
- körperlich anstrengende berufliche Arbeit (z. B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter, Leistungssportler).

Wie oft in der Woche treiben Sie Sport und/oder eine sonstige anstrengende Tätigkeit (länger als 30 Minuten)?

- gar nicht 1–3 Mal 4 mal oder öfter

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 Eier?

- 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 Obst, Salate oder Gemüse?

- nie selten regelmässig täglich täglich viel sehr viel

Wieviel Flüssigkeit 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

Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit?

- nein Gluten Milch, Milchprodukte Früchte allgemein Zitrusfrüchte
 Blütenpollen, Heuschnupfen usw. Meeresfrüchte, Schalentiere
 Iod Kupfer Histamin Ätherische Öle

Diagnose

Leiden Sie unter Verstopfung?

- nie selten öfters (fast) immer

Leiden Sie unter Durchfall?

- nie selten öfters (fast) immer

Haben Sie wiederkehrende Reizungen der Magenwand und/oder Magengeschwüre?

- nein ja

Leiden Sie unter wiederkehrendem Sodbrennen?

- nein ja

Wurde eine Krebstherapie durchgeführt und abgeschlossen?

- nein ja

Könnte eine Stärkung Ihres Immunsystems negative Folgen haben? (Transplantationen, Einnahme von Immunsuppressiva usw.)

- nein ja

Ist eine der folgenden Erkrankungen für Sie zutreffend?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 2) | <input type="checkbox"/> Makula-Degeneration, altersbedingt |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer, Demenz | <input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankungen (Rheuma, ...) | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Gelenkverschleiss) | <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungskrankheiten | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> (Bronchial-) Asthma | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie (Sehnen-, Muskelschmerz) | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung (Niereninsuffizienz oder sonstige Nierenerkrankung, chronisch oder akut) |
| <input type="checkbox"/> Blutfett-Stoffwechselstörung (Hyperlipoproteinämie) | <input type="checkbox"/> Gastritis (chronische Helicobacter-pylori Infektion, Magenschleimhautentzündung) | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____ / _____ | <input type="checkbox"/> Haarausfall, brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Parodontitis |
| <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Herpes (simplex: Lippenherpes, Zoster: Gürtelrose) | <input type="checkbox"/> Parkinson Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Burnout-Syndrom | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Potenzprobleme (erektiler Dysfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS – Chronic Fatigue Syndrome) | <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa (Reizdarm)) | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion, Hyperthyreose) |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität (Lern- und Konzentrationsstörungen, ADS, Hyperkinetisches Syndrom) | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung (Unterfunktion) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ 1) | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung (akut, in Behandlung) | <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 (Blutzucker senkende Mittel)
 Antihypertonika (Blutdruck senkende 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:
-

Mikronährstoffpräparate:

Sonstige Medikamente:

Musste bei Ihnen jemals die Dosierung eines Medikamentes oder Nahrungsergänzungsmittels reduziert werden, da Sie zu stark darauf reagiert haben?

- nein ja

Für Frauen

Haben Sie Menstruationsbeschwerden? nein ja

Haben Sie Wechseljahresbeschwerden? nein ja

Haben Sie Libido-Probleme? nein ja

Zyklustag

01. bis 10. Tag

11. bis 17. Tag

18. bis 28. Tag

Kein Zyklus

Kind

keine Gebärmutter

wegen Hormontherapie (Pille, Minipille, Vaginalring, Hormonpflaster, Hormonspirale, etc.)

wegen Schwangerschaft

wegen Stillzeit

wegen Wechseljahre (Klimakterium, Menopause)

wegen Postmenopause (Senium)

Körperliche 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 guter Laune?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Sind Sie voller Energie?

(fast) nie selten manchmal häufig (fast) immer

Fühlen Sie sich gestresst?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie entmutigt und traurig?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Fühlen Sie sich in Ihrer Vitalität eingeschränkt?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie niedergeschlagen oder ängstlich?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie

Sind Sie durch seelische Einschränkungen an normalen Tätigkeiten gehindert worden?

(fast) immer häufig manchmal selten (fast) nie