

Fragebogen Schwermetallintoxikation

(Belastung durch toxische Metalle, insbesondere Quecksilber)

Füllen Sie den Fragebogen bitte genau und komplett aus: machen Sie exakte Angaben über die Dauer (seit wann?) und Häufigkeit sowie Intensität Ihrer Beschwerden.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon, Fax _____

Krankenkasse _____ Größe: _____ Gewicht: _____

1. An welchen Krankheiten leiden Sie und seit wann?

2. Wo haben Sie Schmerzen, wie oft, wie lange, wie intensiv? (z.B. Kopf-, Gelenk, Rückenschmerzen)

3. Sind Autoimmunerkrankungen bekannt? Welche?

4. Rauchen Sie? ja nein Wie viel am Tag? _____ Anzahl pro Tag _____

5. Nehmen Sie ACE-Hemmer? ja nein

6. Wie reagieren Sie auf Wärme, Sonne, Sommer? gut schlecht

7. Haben oder hatten Sie Amalgan- oder Palladium-Zahnfüllungen? Wann entfernt? Wurden Schwermetalle laborkontrolliert ausgeleitet?

8. Welche Impfungen haben Sie erhalten? Falls Impfpass vorhanden, bitte Kopie beifügen.

9. Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich?

10. Werden die Schmerzen durch Bewegung besser oder schlechter? Bitte genau antworten!

11. Vertragen Sie Rohkost? ja nein
Verursacht Rohkost Blähungen? ja nein

12. Haben Sie Narben? Wo?

13. Welche Medikamente nehmen Sie ein und seit wann? Genau bitte! Wichtig!

Name des Medikamentes	Einnahme seit
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Achtung: Medikamente nur nach therapeutischer Rücksprache reduzieren oder absetzen.

14. Wie oft haben Sie Stuhlgang? x täglich x wöchentlich

Welche Konsistenz hat ihr Stuhl?

wässrig breiig geformt wechselhaft

15. Wie viele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bisher aufgesucht? Anzahl

16. Welche Behandlungen haben Sie bisher erhalten? Mit welchem Erfolg? Genau bitte!

17. Wie viel und was genau trinken Sie täglich? Genau bitte!

18. Konsumieren Sie? Genau bitte!

ja nein wie viel wie oft

Zucker _____

Milchprodukte _____

Weißmehlprodukte _____

Eier _____

Nüsse
Süßigkeiten
Kuchen

19 . An was sind ihre Eltern und andere Verwandte erkrankt?

Vater
Mutter
Oma
Opa
Bruder
Schwester

20 . Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?
Sind Sie nach ausgiebigem Schlaf erholt und fühlen sich frisch?

21 . Wie hoch bewerten Sie Ihre Stress- und seelische Belastung?

22 . Auf welche Lebensmittel könnten Sie schwer verzichten?

23 . Welche Beschwerden belasten Sie am meisten?

24 . Sind Sie bereit Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

Sollte der Platz zu den einzelnen Fragen nicht ausreichen, können Sie weitere Angaben auf einem gesonderten Blatt machen.