

## IHRE ANGABEN FÜR EINE PERSÖNLICHE MISCHUNG VON BURGERSTEIN MICROCARE®

**Vorname**

**Name**

**Geburtsdatum**

**Adresse**

**Grösse**

**PLZ/Ort**

**Gewicht**

☐ m

☐ w

**Telefon-Nr.**

### Ernährung:

Ernähren Sie sich vegetarisch?

☐ Nein

☐ Ja

Ernähren Sie sich vegan?

☐ Nein

☐ Ja

Wie oft pro Woche essen Sie Fleisch oder Fleischprodukte?

Wie oft pro Woche essen Sie Fisch?

Wie viele faustgrosse Portionen Gemüse und Früchte essen Sie pro Tag?

Wie viele Tassen Grüntee trinken Sie pro Tag?

### Lifestyle:

Wie viele Stunden pro Woche sind Sie körperlich aktiv?

Fühlen Sie sich gestresst?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, ist das Stresslevel so hoch, dass es zu Reizbarkeit, Müdigkeit oder Erschöpfung führt?

☐ Nein

☐ Ja

Wie beurteilen Sie Ihre Schlafqualität?

Rauchen Sie?

☐ Nein

☐ Ja, wieviel?

### Gesundheitliche Angaben:

Sind Sie schwanger?

☐ Nein

☐ Ja

Stillen Sie?

☐ Nein

☐ Ja

Haben Sie Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Haben Sie bekannte gesundheitliche Beschwerden?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Notieren Sie hier die Medikamente, die Sie regelmässig einnehmen:

Notieren Sie hier die Nahrungsergänzungsmittel, die Sie regelmässig einnehmen:

#### **Gründe für den Wunsch einer persönlichen Mikronährstoffmischung:**

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Feld an und konkretisieren Sie Ihr Präventions- oder Therapieziel.

☐ Als Ergänzung zu einer unausgewogenen Ernährung aufgrund:

☐ Bei mir wurde eine knappe Versorgung von folgenden Mikronährstoffen festgestellt:

☐ Zur allgemeinen Erhaltung der Gesundheit, insbesondere:

☐ Zur Verbesserung von folgenden Beschwerden und Symptomen:

☐ Zur Unterstützung des Körpers / Stoffwechsels in besonderen Situationen, wie:

---

**Bitte besprechen Sie diesen Fragebogen mit der Fachperson, die mit Ihnen Ihre persönliche microcare-Mischung zusammenstellt.**