

Bahnhofplatz 6 · D - 90762 Fürth
Tel. 0911 - 50 72 01 40 · Fax 0911 - 50 72 01 31
info@cuorevita.de
info@apotheke-forum.de

Fachberatung Hormone / Mann

Unser Hormonsystem hat einen großen Einfluss auf unser Wohlbefinden, das Aussehen und die Gesundheit des menschlichen Körpers. Grundvoraussetzung für die Erhaltung von Gesundheit und Energie ist es, die natürlichen vom Körper selbsthergestellten Hormone in einer natürlichen Balance zu halten. Dysbalancen lassen sich nur durch gezielte Hormontests erkennen und beheben.

Um einen möglichst umfangreichen Einblick in Ihre aktuelle Situation zu erhalten, ist für die Hormonberatung das Ausfüllen des Zusatzfragebogens für uns sehr wichtig. Über manche Fragen mögen Sie sich vielleicht wundern oder peinlich berührt sein. Sie müssen nicht jede Frage beantworten. Zusätzliche Informationen können Sie gerne auf einem Beiblatt hinzufügen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen so genau wie möglich und vollständig aus. Ihre Antworten und Informationen sind die Grundlage für unsere Analyse. Auf Basis dieser werden unter Berücksichtigung des Laborbefundes die exakte Mikronährstoffmischung und Ihr maßgeschneidertes Gesundheitskonzept erstellt.

Ablauf:

1. Fragebogen ausfüllen
2. Unterschreiben
3. Per e-Mail (info@cuorevita.de), Fax (0911-50720131) oder per Post an die Adresse der Apotheke im Forum zuschicken.
4. Sie erhalten von uns die Rechnung. Die Zahlung erfolgt per Bankeinzug oder Überweisung im Voraus.
5. Wir übermitteln Ihnen die Laborempfehlung und lassen Ihnen das Speichel-Testkit zusenden, das sie zuhause selbstständig durchführen können.
6. Sie erhalten das Testergebnis vom Labor, das Sie bitte an uns weiterleiten.
7. Auswertung des Laborbefundes und des Fragebogens, Konzepterstellung durch uns.
8. Gemeinsame Konzeptbesprechung

Die Kosten für die ganzheitliche Gesundheitsberatung von cuorevita®Hormon-woman betragen mit Laborempfehlung, persönlicher Konzeptbesprechung und Betreuung, inklusive individueller Anpassung der Rezeptur 110,- Euro inkl. 19% MwSt. Ihre bevorzugte Zahlungsweise können Sie auf Seite 3 des Fragebogens auswählen. Zusätzliche Kosten für die Laboranalyse werden vom Labor gesondert berechnet. Sie erhalten die Rechnung direkt vom Labor. Ebenso sind die Produktempfehlungen nicht im Beratungspreis enthalten. Alle Fragen zu Ablauf und Kosten der Laboruntersuchungen klären wir gern mit Ihnen im persönlichen Gespräch.

Wir begleiten Sie drei Monate lang mit Beratung, Dosierungsanpassungen und veränderter Präparateempfehlung je nach Stoffwechselverbesserung. Nach Ablauf der drei Monate erhalten Sie von uns eine Erinnerungsmail um das weitere Vorgehen zu besprechen und noch offene Fragen zu klären.

Felder, die mit einem Sternchen () markiert sind, müssen ausgefüllt werden.*

Hinweis auf Datenschutz: Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Hormongleichgewichts. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Persönliche Daten

Anrede*	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>
Nachname*	<input type="text"/>
Strasse, Hausnr.*	<input type="text"/>
Postleitzahl*	<input type="text"/>
Ort*	<input type="text"/>
Land*	<input type="text"/>
E-Mail Adresse*	<input type="text"/>
Telefon/Mobil*	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Größe (in cm)	<input type="text"/>
Gewicht (in kg)	<input type="text"/>
Beste Erreichbarkeit für Rückfragen	
Wann?	<input type="checkbox"/> Vormittags <input type="checkbox"/> Nachmittags <input type="checkbox"/> Abends
Wie?	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefon/Mobil

Zahlungsweise

Ich bezahle die Beratungsgebühr in Höhe von 110,- €*

per Lastschrift

per Überweisung (Vorkasse)

Bezahlung per Lastschrift

Name*

Kontonummer*

Bankleitzahl*/IBAN

Unsere Bankverbindung

Dt. Apotheker- und Ärztebank

BLZ 300 606 01

Kontonr. 200 2681 889

Für Auslandsüberweisungen:

IBAN DE84 3006 0601 20026 81 889

BIC (Swift Code) DAAEDED

Ich habe die AGB gelesen und akzeptiert*
(AGB finden Sie auf <http://www.apothekeforum.de/agb>)

Ja

Hormonanalyse für Männer

Alter Größe Gewicht

Beruf

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Probleme suchen Sie unseren Rat?

(Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen, einfach übergehen.)

Thema Hormone:

- Welche Hormone werden z.Z. eingenommen? (seit wann?)

- Welche Hormone wurden vorher eingenommen? (von - bis?)

- Haben Sie jemals Muskelaufbau – oder Fitness - Präparate genommen?

Persönliche Geschichte:

- Welche Medikamente müssen Sie öfter oder regelmäßig einnehmen?

- Waren Sie schon einmal wegen der Schilddrüse beim Arzt? Ja / nein

- Welche Diagnose wurde gestellt?

- Bitte wenn möglich Hormontestwerte angeben T3 T4 TSH
(Wenn möglich Kopie von Testbericht beilegen.)

- Welche Impfungen haben Sie im vergangenen Jahr erhalten?
(Grippe, Reiseschutz, Zecken, sonstiges?)

- Welche Impfungen haben Sie davor in den letzten 10 Jahren bekommen?

- Welche Operation hatten Sie in den letzten Jahren zu überstehen?

- Welche auffälligen Beschwerden gab es in der Zeit nach dem Eingriff?

- Wurden Sie nach der Operation mit Antibiotikum behandelt?

- Welche Zahnbehandlungen hatten Sie in den vergangenen Jahren?

- Wieviel Amalgam-Füllungen haben Sie (ungefähr) noch im Mund?

- Wurde jemals bei Ihnen ein Entgiftungsprogramm durchgeführt?

- Mit welchen Krankheiten haben Sie in den vergangenen Jahren zu kämpfen gehabt?

- Wie empfinden Sie sich gegenüber Infektionskrankheiten? Als anfällig / robust

- Welches Körperteil würden Sie als Ihre persönliche Schwachstelle bezeichnen?

- Gab es in Ihrem Leben eine Krebsdiagnose? In welchem Organ?

- Auffällige Knochendichte-Werte?

- Autoimmunkrankheiten?

Thema Umwelt:

Benutzten Sie in den letzten 2 Jahren **oft**:

- Pilzsprays (Pflanzen, Badezimmer, Schlafzimmer, Schwimmbad - Füße)?
Wenn ja, welche?
- Schädlingsvernichtungsmittel gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel?
Welche?
- Desinfektionsmittel (in Handseife, Spülseife, Waschlotionen, Reinigungsmitteln...)
Welche?
- Haben Sie im Beruf regelmäßig zu tun mit Desinfektionsmittel Sprays
Schädlingsvernichtung Reinigungschemikalien Klebstoffe Lacke
Abbeize (Außen-) Farben Druckertinte Folien Plastik Verbrennung
sonstiges
- Wohnen Sie in der Nähe von einem Funkmasten?
- Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren neue Möbel oder Fußbodenbeläge erhalten?
Welche Art?
- Verwenden Sie Weichspüler?
- Benutzen Sie des öfteren Nagellack und Nagellackentferner?
- Welche Hautcremes benutzen Sie?
- Welche Gesichtsseife, Körperseife, Kosmetika benutzen Sie?
- Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie? Raucht Ihr Partner im Haus?
- Welche Zahnpasta verwenden Sie?
- Welches Deo verwenden Sie?
- Wie oft tönen oder färben Sie sich im Jahr die Haare?

Thema Pubertät und danach:

- Welche Symptome hatten Sie als Teenager des öfteren zu spüren bekommen? (z.B. Akne, Verdauungs-beschwerden, andere Hautprobleme, Asthma)

- Was haben Sie damals dagegen unternommen?

- Hatten Sie damals mit Gewichtsproblemen zu kämpfen? Übergewicht / Untergewicht

- Welche Diäten haben sie versucht?

- Gab es auffällige Symptome in ihren Lebensjahren zwischen 20 – 30?

Thema soziales Umfeld und Vergangenheit:

- Kamen Sie aus einem geborgenen Elternhaus?

- Hatten Sie als junger Mensch unter vielen Familienkonflikten zu leiden?

- Hatten / haben Sie eine gute, vertrauensvolle Mutterbeziehung?

- Hatten / haben Sie eine gute, vertrauensvolle Vaterbeziehung?

- Haben Sie zur Zeit eine Partnerbeziehung?

- Empfinden Sie diese als: gut, vertrauensvoll durchschnittlich viele Konflikte
ausweglos die reinste Hölle

- Würde Ihnen aus Ihrer Sicht momentan eine Konflikthilfe gut tun?

- Hatten Sie in jüngster Vergangenheit schreckliche Erfahrungen zu verarbeiten?

- Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich zurück zu ziehen?

- Haben Sie eine Gruppe, Hauskreis, Gemeinde wo Sie sich getragen wissen?
- Auf wie viele Freunde können Sie sich verlassen?

Thema Andropause, die Wechseljahre beim Mann:

- Welche Veränderungen haben Sie in der letzten Zeit festgestellt?
- Wie alt waren Sie als Sie erste Veränderungen feststellten? Jahre
- Merken Sie Unterbrechungen oder eine „Bremse“ beim Urinstrahl?
- Wann waren Sie das letzte mal bei der Prostata – Vorsorgeuntersuchung?
- Ergebnis
- Haben Sie mit unerklärlichem Schwitzen zu kämpfen?
- Frieren Sie leicht?
- Können Sie ohne weiteres Rollkragenpullis oder geschlossene Kragen tragen?
- Haben Sie spürbar trockene Haut? Wo besonders?
- Macht Ihnen Sex im Gegensatz zu früher weniger Spaß?
- Blutdruck im Allgemeinen zu hoch zu niedrig
- Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel?

Thema Nahrung:

- Was beinhaltet Ihr typisches Frühstück?

- Was und wieviel trinken Sie morgens?

- Wieviel Liter Flüssigkeit trinken Sie über den Tag verteilt? Liter,
hauptsächlich

- Wann essen Sie mittags? regelmäßig / unregelmäßig

- Schnellimbiss Selbstgekochtes Kantine Brote Früchte Salat

- Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit? Was

- Sind Sie ein Liebhaber von Kuchen, Schoko und Süßem? was?

- Was essen Sie sonst am Nachmittag?

- Essen Sie abends warm kalt Uhrzeit: ca. Uhr

- Was gehört zu Ihrem typischen Abendessen?

- Was essen Sie zwischen Abendessen und dem Zubettgehen?

- Welche Vitamin -Tabletten nehmen Sie pro Tag?

 Stück

- Welche Mineral -Tabletten nehmen Sie pro Tag?

 Stück

- Welche sonstigen Nahrungsergänzungen nehmen Sie zu sich? Johanniskraut...

- Knoblauch Meeresalgen Kürbisöl sonstiges

Thema Belastung:

- Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?
- Üben Sie Ihren Beruf z.Z. gerne aus?
- Wie empfinden Sie Ihre momentane **seelische** Belastung?
Als angemessen, akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel
- Wie empfinden Sie Ihre momentane **körperliche** Belastung
Als angemessen, akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel
- Wie empfinden Sie Ihre momentane **berufliche** Belastung pro Wo Std.?
Als angemessen, akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel
- Haben Sie z.Z. Sorgen, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen?
- Welche Arten der Entspannung nutzen Sie?
- Welche Art von Fitness oder Bewegung praktizieren Sie regelmäßig?
- Wie oft in der Woche? mal Wie lange? je Minuten
- Wie oft in der Woche gönnen Sie sich einen Mittagsschlaf? mal
- Mit was machen Sie sich hin und wieder eine Freude?
- Wann ist Ihre durchschnittliche Bettgeh -Zeit? Uhr
- Können Sie gut einschlafen? Durchschlafen?
- Wieviele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? Stunden
- Stehen Sie zur Zeit gerne auf? Ja / naja / nein
- Welche ehrenamtlichen Tätigkeiten haben Sie ?
- Was würden Sie aus Ihrem Leben herausnehmen/ ändern wenn Sie könnten?

- Was kommt in Ihrem Leben generell zu kurz?

- In welchem Bereich (Nahrung, Bewegung, Entspannung, Schlaf, Freunde usw.) wäre Ihrer Meinung nach im eigenen Leben Änderung zu allererst nötig?

- Änderungen im Bereich fällt mir am leichtesten.
- Änderungen im Bereich fällt mir schwer.