

Analysenauftrag *natürlich*-Status-Check*



Bestimmung des folgenden Elements – bitte ankreuzen

Mineralstoffe/Spurenelemente:

- Magnesium Selen
- Calcium Eisen
- Zink Mangan

Schwermetalle:

- Blei Nickel
- Quecksilber Cadmium
- Aluminium Arsen

Kundeninformationen

Name _____

Alter _____ Jahre

Straße _____

Größe _____ cm

PLZ, Ort _____

Gewicht _____ kg

Telefon _____

Einverständniserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass die aufgeführten Daten einschließlich der Probe zum Zwecke der Analyse und Befunderstellung an die Fa. TORRE GmbH, Nürnberg weiter gegeben werden. Diese Daten werden nicht an Dritte übermittelt. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Mir ist klar, dass dann keine Analyse durchgeführt werden kann. Daten einer bereits durchgeführten Analyse können erst nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gelöscht werden. *Die Mineralstoff-Analyse (*natürlich*-Status-Check) ist schulmedizinisch nicht anerkannt. Kosten für eine Mineralstoff-Analyse werden in der Regel von der Krankenkasse nicht übernommen. Untersuchendes Labor: TORRE GmbH, Neunhofer Hauptstr. 78, 90427 Nürnberg, 0911/3775070.

Datum, Unterschrift Kunde

Apothekeninformationen

Probennehmer: Hiermit bestätige ich, die Probenahme gemäß Anleitung durchgeführt zu haben.

Name Probennehmer

Datum, Unterschrift Probennehmer

E-Mail-Adresse Apotheke (**für Ergebnisversand**)

Überreicht durch (Stempel):



Zusätzliche Informationen (bitte optional ausfüllen)

Beruf/Hobbies

derzeitiger Beruf _____ früherer Beruf _____

Schadstoffe

Umfeld: Metalle Baustoffe Stäube Lösemittel andere: _____

Hobbies: Malen Töpfern Schweißen Sportschütze

Sportarten: nein ja wie oft? _____ welche? _____

Lebensgewohnheiten/Ernährung

Rauchen Sie? nein ja wie viel? _____ Seit wann nicht mehr? _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja wie viel? _____ Seit wann nicht mehr? _____

Trinken Sie Kaffee/Schwarztee? nein ja wie viel? _____ Seit wann nicht mehr? _____

Wie ernähren Sie sich? Fleisch Gemüse Fisch Obst Fastfood Kantine

Besonderheit Ernährung? vegetarisch vegan Diät _____

Krankheiten, Beschwerden, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel

Haarausfall Cholesterin Müdigkeit Schlaflosigkeit

häufige Infekte Übersäuerung Rheuma Unverträglichkeiten _____

Osteoporose Blutdruck hoch Diabetes Allergie _____

Hautprobleme Krebs Arthrose weitere _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein? Nehmen Sie die Pille?
_____ _____ nein ja

Dosierung _____ Dosierung _____

Probenahme und Probematerial

Wurde bereits eine Mineral- und Schadstoff-Analyse durchgeführt? nein ja wann? _____

Material Kopfhaar Schamhaar Fingernägel Haarfarbe _____

Haarbehandlung Dauerwelle Färbung Tönung wann? _____

Ihr Haarwaschmittel _____

Ihre Haarpflege _____

Zahnfüllungen und Metalle im Körper

Haben Sie Amalgamfüllungen? nein ja wie viele? _____ seit wann nicht mehr? _____

Haben Sie andere Füllungen? nein ja wie viele? _____ welches Material? _____

Haben Sie Piercings? Haben Sie Tattoos? Tragen Sie eine Spirale?

nein ja nein ja nein ja