



Bestimmung des folgenden Elements – bitte ankreuzen

Mineralstoffe/Spurenelemente:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Magnesium | <input type="radio"/> Selen |
| <input type="radio"/> Calcium | <input type="radio"/> Eisen |
| <input type="radio"/> Zink | <input type="radio"/> Mangan |

Schwermetalle:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Blei | <input type="radio"/> Nickel |
| <input type="radio"/> Quecksilber | <input type="radio"/> Cadmium |
| <input type="radio"/> Aluminium | <input type="radio"/> 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 ☐ Kopfhair ☐ 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