

ENTGIFTUNGS-FRAGEBOGEN

Name: _____

Datum: _____

Bewerten Sie jedes der unten aufgeführten Symptome gemäß Ihres Gesundheitszustands für die angegebene Dauer.

Letzter Monat Letzte Woche Letzten 48 Stunden

Bewertung: 0 - nie oder so gut wie nie 1 - gelegentlich, ohne starke Auswirkung 2 - gelegentlich, mit starker Auswirkung
 3 - häufig, ohne starke Auswirkung 4 - häufig, mit starken Auswirkung

I. Fragebogen zu medizinischen Symptomen (FMS)

KOPF ___ Kopfschmerzen
 ___ Ohnmacht
 ___ Schwindel
 ___ Schlaflosigkeit
GESAMT ___

AUGEN ___ Wässrig, juckend
 ___ Geschwollene, gerötete oder klebrige Augenlider
 ___ Tränensäcke oder Augenringe
 ___ verschwommener Blick oder Tunnelblick
GESAMT ___

OHREN ___ Juckend
 ___ Ohrenschmerzen, -infektion
 ___ Auslaufende Flüssigkeit
 ___ Klingeln im Ohr, Hörverlust
GESAMT ___

NASE ___ Verstopfte Nase
 ___ Nasennebenhöhlenprobleme
 ___ Heuschnupfen
 ___ Niesanfälle
 ___ Starke Schleimbildung
GESAMT ___

**MUND/
HALS** ___ Chronischer Husten
 ___ Häufiger Drang zu räuspern
 ___ Halsschmerzen, Heiserkeit, Stimmverlust
 ___ Geschwollene oder gefärbte Zunge, Zahnfleisch, Lippen
 ___ Mundgeschwüre
GESAMT ___

HAUT ___ Akne
 ___ Ausschlag, trockene Haut
 ___ Haarverlust
 ___ Hitzewallung
 ___ Übermäßiges Schwitzen
GESAMT ___

HERZ ___ Brustschmerz
 ___ Unregelmäßiger Herzschlag oder Aussetzen des Herzschlags
 ___ Schneller Herzschlag
GESAMT ___

LUNGE ___ Engegefühl in der Brust
 ___ Asthma, Bronchitis
 ___ Kurzatmigkeit
 ___ Atemschwierigkeiten
GESAMT ___

**VERDAUUNGS-
TRAKT** ___ Übelkeit, Erbrechen
 ___ Durchfall
 ___ Verstopfung
 ___ Aufgeblähtes Gefühl
 ___ Aufstoßen, Blähungen
 ___ Herzbrennen
 ___ Darm-, Magenschmerzen
GESAMT ___

**GELLENKE/
MUSKELN** ___ Gelenkschmerzen
 ___ Schwäche oder Müdigkeitsgefühl
 ___ Bewegungseinschränkung
 ___ Arthritis
 ___ Muskelschmerz
GESAMT ___

GEWICHT ___ Essstörung, hoher Alkoholkonsum
 ___ Verlangen nach best. Lebensmitteln
 ___ Übergewicht
 ___ Wassereinlagerung
 ___ Untergewicht
 ___ zwanghaftes Essen
GESAMT ___

**ENERGIE/
AKTIVITÄT** ___ Müdigkeit, Trägheit
 ___ Antriebslosigkeit, Energielosigkeit
 ___ Hyperaktivität
 ___ Ruhelosigkeit
GESAMT ___

GEDÄCHTNIS ___ Schlechte Merkfähigkeit
 ___ Verwirrtheit, schlechtes Verständnis
 ___ Entscheidungsschwierigkeiten
 ___ Schlechte körperliche Koordination
 ___ Stottern, stammeln
 ___ Undeutliche Aussprache
 ___ Lernschwierigkeiten
 ___ Schlechte Konzentration
GESAMT ___

GEFÜHLE ___ Stimmungsschwankung
 ___ Angst, Nervosität
 ___ Wut, Reizbarkeit, Aggression
 ___ Depression
GESAMT ___

SONSTIGES ___ Häufige Krankheit
 ___ Häufiger oder dringender Harndrang
 ___ genitaler Juckreiz, Ausfluss
GESAMT ___

GESAMTSUMME _____

II. Xenobiotischer Verträglichkeitstest (XVT)

- | | |
|--|--|
| <p>1. Nehmen Sie zur Zeit verschreibungspflichtige Medikamente?
 <input type="radio"/> Ja (1 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.)
 Wenn ja, wie viele nehmen Sie? ____ (1 Pkt./Medikament)</p> <hr/> <p>2. Nehmen Sie zur Zeit einer dieser nicht verschreibungspflichtigen Medikamente?
 <input type="radio"/> Cimetidine (2 Pkt.)
 <input type="radio"/> Acetaminophen (2 Pkt.)
 <input type="radio"/> Estradiol (2 Pkt.)</p> <hr/> <p>3. Wenn Sie verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen bzw. eingenommen haben, welche Reaktion trifft am ehesten zu?
 <input type="radio"/> Nebenwirkungen, wirksam bei geringer Dosierung (3 Pkt.)
 <input type="radio"/> Nebenwirkungen, wirksam bei normaler Dosierung (2 Pkt.)
 <input type="radio"/> Keine Nebenwirkungen, normalerweise nicht wirksam (2 Pkt.)
 <input type="radio"/> Keine Nebenwirkungen, normalerweise wirksam (0 Pkt.)</p> <hr/> <p>4. Konsumieren Sie oder haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig Tabak-Produkte konsumiert?
 <input type="radio"/> Ja (2 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.)</p> <hr/> <p>5. Zeigen Sie starke negative Reaktion bei Koffeinkonsum?
 <input type="radio"/> Ja (2 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.) <input type="radio"/> Keine Ahnung (0 Pkt.)</p> <hr/> <p>6. Verspüren Sie häufig Gedächtnisverlust, Müdigkeit oder Benommenheit?
 <input type="radio"/> Ja (1 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.)</p> | <p>7. Zeigen Sie Symptome bei Kontakt mit Parfums, Abgas oder starken Gerüchen?
 <input type="radio"/> Ja (1 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.) <input type="radio"/> Keine Ahnung (0 Pkt.)</p> <hr/> <p>8. Fühlen Sie sich auch bei kleinen Mengen Alkohol krank?
 <input type="radio"/> Ja (1 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.) <input type="radio"/> Keine Ahnung (0 Pkt.)</p> <hr/> <p>9. Bitte ankreuzen, falls aktuell oder früher zutreffend:
 <input type="radio"/> Umwelt- und/oder chem. Empfindlichkeit (5 Pkt.)
 <input type="radio"/> Chronische Müdigkeit (5 Pkt.)
 <input type="radio"/> Mehrfache chem. Empfindlichkeit (5 Pkt.)
 <input type="radio"/> Fibromyalgie (3 Pkt.)
 <input type="radio"/> Parkinson Symptome (3 Pkt.)
 <input type="radio"/> Alkoholabhängigkeit (2 Pkt.)
 <input type="radio"/> Asthma (1 Pkt.)</p> <hr/> <p>10. Waren Sie früher einer größeren Menge schädlicher Chemikalien wie Herbizide, Insektizide, Pestizide oder organischen Lösungsmitteln ausgesetzt?
 <input type="radio"/> Ja (1 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.)</p> <hr/> <p>11. Haben Sie eine negative oder allergische Reaktion, wenn Sie schwefelhaltige Lebensmittel, wie Wein, getrocknete Früchte, Salatbuffetgemüse usw. verzehren?
 <input type="radio"/> Ja (1 Pkt.) <input type="radio"/> Nein (0 Pkt.) <input type="radio"/> Keine Ahnung (0 Pkt.)</p> |
|--|--|

GESAMTSUMME _____

III. Alkalische Bewertung

- | | |
|---|--|
| <p>1. Haben Sie oder hatten Sie eine Nieren-Funktionsstörung ?
 <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <hr/> <p>2. Wurde bei Ihnen jemals Hyperkaliämie diagnostiziert?
 <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> | <p>3. Nehmen Sie zur Zeit Diuretikum oder Blutdruck-Medikamente?
 <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <hr/> <p>Hinweis: Verschreiben Sie nicht-alkalische Lebensmittel wenn eines der drei Fragen mit ja beantwortet wurde.</p> |
|---|--|

GESAMTÜBERSICHT

FMS Gesamtsumme _____ (hoch > 50, moderat 15-49, niedrig < 14)
 XVT Gesamtsumme _____ (hoch > 10, moderat 5-9, niedrig < 4)
 pH-Wert Urin _____

Hinweis: Patienten mit hohem FMS aber niedrigem XVT sollten einen Krankheitsverlauf aufstellen, der nicht auf toxischer Belastung basiert. Andere Bereiche, wie beispielsweise Entzündungen, Dysfunktion des Immunsystems, allergische Magendarm-Funktionsstörung, oxidativer Stress, hormonelle Funktionsstörung, Neurotransmitter -Dysfunktion und/oder Nährstoffmangel. Stimmen Sie die Unterstützung mit einer speziellen Ernährung und/oder Nahrungsergänzungsmitteln individuell ab.

Welche Gifte liegen vor?

Symptom	Hauptgift	Nebengift
Allergien	Formaldehyd	Amalgam
Antriebslosigkeit	Amalgam	alle übrigen
Asthma	Formaldehyd	Amalgam
Depression	Amalgam	Formaldehyd
Erregung	Formaldehyd	Amalgam
Gedächtnisstörungen	Lösemittel	Aluminium
Geruchsstörungen	Pestizide	Amalgam u . a .
Hormonstörungen	Pestizide	Amalgam
Hörstörungen	Amalgam	alle übrigen
Infektanfälligkeit	Pestizide	Amalgam
Lähmungen	Amalgam	Pestizide
Rheuma	Amalgam	Palladium
Schlafstörungen	Amalgam	Formaldehyd
Schwindel	Lösemittel	Pestizide u . a .
Sehstörungen	Amalgam	Lösemittel u . a .
Zittern	Amalgam	Blei