



## II. Xenobiotischer Verträglichkeitstest (XVT)

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

GESAMTSUMME \_\_\_\_\_

## III. Alkalische Bewertung

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Haben Sie oder hatten Sie eine Nieren-Funktionsstörung ?<br/><input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p> | <p>3. Nehmen Sie zur Zeit Diuretikum oder Blutdruck-Medikamente?<br/><input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p> |
| <p>2. Wurde bei Ihnen jemals Hyperkaliämie diagnostiziert?<br/><input type="radio"/> Ja    <input type="radio"/> Nein</p>     | <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?**

<b>Symptom</b>	<b>Hauptgift</b>	<b>Nebengift</b>
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