



An
MB-Vertrieb e.U.
c/o SPUR-A-MIN® HandelsgebmbH
Mineralmedizin® und Analytik
Schellenseegasse 59
1230 Wien

Anmeldebogen für eine Vollblut-Analyse

Bitte füllen Sie alle Felder im Acrobat Reader oder handschriftlich aus – für Ihre Analyse sind alle Informationen nötig! Drucken Sie den Bogen aus und senden Sie diesen unterschrieben und mit der Blutprobe an uns.

Vorname	<input type="text" value="m w"/>	Zuname	<input type="text"/>
Straße/Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Größe	<input type="text" value="in cm"/>	Gewicht	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Mobilnr.	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>		

Ernährung	<input type="checkbox"/> vollwertig	<input type="checkbox"/> eiweißreich	<input type="checkbox"/> kohlehydratreich
<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> laktovegetabil	<input type="checkbox"/> vegan	<input type="checkbox"/> medizinische Diät
<input type="checkbox"/> mediterran	<input type="checkbox"/> gemischte Kost	<input type="checkbox"/> typisch österreichisch	<input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch
Sport	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> kaum
Beschwerden	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Anämien	<input type="checkbox"/> Arthrosen
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes I	<input type="checkbox"/> Diabetes II
<input type="checkbox"/> Fertilitätsstörung	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit
<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Potenzprobleme	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Schlafstörung
<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Wechselbeschwerden	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung
<input type="checkbox"/> andere:	<input type="text"/>		

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wird zur Zeit gestillt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden Sie gestillt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wie lange?	<input type="text"/>
Knochendichtemessung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	<input type="text"/>
Hormonstatus erhoben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wann?	<input type="text"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wieviel?	<input type="text"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wieviel?	<input type="text"/>
Trinken Sie Kaffee?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wieviel?	<input type="text"/>
Zahnfüllung Amalgam	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wieviel?	<input type="text"/>
Durchgeführte Entgiftung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	womit?	<input type="text"/>
Medikamente	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Ich wünsche (bitte ankreuzen):

- Vollblut-Analyse** um € 195,00
- Sonderangebot: Vollblut-Analyse** und **Buch** »Doc, ... wir haben ein Problem!« um € 205,00
(€ 10,00 statt € 25,50 für das Buch von Dr. med. Gruber)
- Vollblut-Basisanalyse** um € 99,00
- Vollblut-Einzelbestimmung** um € 45,50 pro Element:

<input type="radio"/> Aluminium	<input type="radio"/> Blei	<input type="radio"/> Cadmium	<input type="radio"/> Calcium
<input type="radio"/> Chrom	<input type="radio"/> Eisen	<input type="radio"/> Kalium	<input type="radio"/> Kupfer
<input type="radio"/> Lithium	<input type="radio"/> Magnesium	<input type="radio"/> Mangan	<input type="radio"/> Natrium
<input type="radio"/> Phosphor	<input type="radio"/> Quecksilber	<input type="radio"/> Selen	<input type="radio"/> Zink
- Meine letzte Analyse war im Jahr _____.

Senden Sie die Blutprobe gut verschlossen in einem Schutzgefäß mit Kuvert an uns.

Datum Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Beauftragung der Analyse Ihrer Blutprobe, die Informationen gelesen und verstanden zu haben und den Betrag der bestellten Analyse nach Erhalt des Ergebnisses zu bezahlen.

Daten werden nicht an Dritte weitergegeben!

Alle Preise verstehen sich inkl. 20 % MwSt.

Empfehlung: (bitte nicht ausfüllen)