



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

## Anmeldebogen für eine Harn-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 Harnprobe an uns.

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

bitte leserlich schreiben!

**Entgiftungsmittels**  EDTA oder  DMPS **Harn-Abnahmedatum** \_\_\_\_\_

**Vorbefund** (nur ausfüllen, wenn bereits eine Harn-Analyse durchgeführt wurde). Analysedatum \_\_\_\_\_

mittels EDTA **Ergebnisse** (bitte eintragen): **Arsen** (<0,001 mg) \_\_\_\_\_ **Kadmium** (<0,01 mg) \_\_\_\_\_  
 mittels DMPS **Aluminium** (<0,01 mg) \_\_\_\_\_ **Blei** (<0,04 mg) \_\_\_\_\_ **Quecksilber** (<5 mcg) \_\_\_\_\_

**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"/> Fertilitätsstörung	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Diabetes II
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Konzentrationsmangel	<input type="checkbox"/> Immunschwäche
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Potenzprobleme	<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit
<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Müdigkeit
<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Wechselbeschwerden	<input type="checkbox"/> Neurodermitis
	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung	

**Ernährung**  vegetarisch  laktovegetabil  vegan  
 mediterran  gemischte Kost  medizinische Diät  
 vollwertig  eiweißreich

**Knochendichtemessung**  nein  ja wann?

**Rauchen Sie?**  nein  ja wieviel?

**Trinken Sie Alkohol?**  nein  ja wieviel?

**Trinken Sie Kaffee?**  nein  ja wieviel?

**Zahnfüllung Amalgam**  nein  ja wieviel?

**Durchgeführte Entgiftung**  nein  ja womit?

**Medikamente**

Ich wünsche (bitte ankreuzen):

- Harn-Analyse** um € 137,00
- Harn-Analyse** um € 147,00 plus dem **Buch** Buch »Doc, ... wir haben ein Problem!«

**Harn-Einzelbestimmung** um € 45,00 (\*€ 48,00) pro Element:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Vor</b> der Ausleitung (Röhrchen Nr. 1)                           | <input type="checkbox"/> <b>Nach</b> der Ausleitung (Röhrchen Nr. 2)                          |
| <input type="radio"/> Aluminium <input type="radio"/> Arsen* <input type="radio"/> Blei       | <input type="radio"/> Aluminium <input type="radio"/> Arsen* <input type="radio"/> Blei       |
| <input type="radio"/> Cadmium <input type="radio"/> Calcium <input type="radio"/> Kupfer      | <input type="radio"/> Cadmium <input type="radio"/> Calcium <input type="radio"/> Kupfer      |
| <input type="radio"/> Magnesium <input type="radio"/> Quecksilber <input type="radio"/> Selen | <input type="radio"/> Magnesium <input type="radio"/> Quecksilber <input type="radio"/> Selen |
| <input type="radio"/> Zink <input type="radio"/> Weitere                                      | <input type="radio"/> Zink <input type="radio"/> Weitere                                      |

Ich bin einverstanden, dass ich meinen Befund per eMail erhalte (ersetzt den Postversand).

Ich möchte den Newsletter erhalten.

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Beauftragung zur Analyse der Harnprobe; die Informationen gelesen und verstanden zu haben; den Betrag der bestellten Analyse nach Erhalt zu bezahlen; das 18. Lebensjahr vollendet zu haben bzw. der gesetzliche Vertreter (Name zusätzlich in Blockbuchstaben) zu sein.*

Datum  Unterschrift

Daten werden nicht an Dritte weitergegeben!

Alle Preise verstehen sich inkl. 20 % MwSt.

Bearbeitung: (bitte nicht ausfüllen)