



STOFFWECHSELSTÖRUNG HPU

Sind Sie betroffen?

Der folgende Fragekatalog beinhaltet Fragen zu Symptomen und Eigenschaften, die HPU'ler häufig betreffen. Frauen beantworten aufgrund von Zyklus und möglicher Schwangerschaft fünf Fragen mehr als Männer.

Beantworten Sie die Fragen mit „Ja“ oder „Nein“. Zählen Sie, wie oft Sie Fragen mit „Ja“ beantwortet haben. Wenn Frauen 16 oder mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet haben und Männer 13 oder mehr, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Sie von einer HPU betroffen sind.

Bitte kreuzen Sie an

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich fühle mich oft müde und bin schnell erschöpft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe mindestens eine Allergie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich brauche oft Zwischenmahlzeiten bzw. Snacks, um mich nicht unterzuckert zu fühlen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich vertrage Medikamente oft nicht gut und kann Narkosemittel nur langsam abbauen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich habe Hautprobleme (Akne, juckende, schuppige Haut). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich vertrage Sonnenlicht schlecht, bin schnell geblendet und schlapp nach einem Tag in der Sonne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. Ich vertrage Alkohol schlecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich vertrage Koffein schlecht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich habe manchmal Migräne. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich vertrage einige Lebensmittel nicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich habe immer wieder Magen-/Darmbeschwerden oder leide unter einem Reizdarm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich bin sehr gelenkig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Mein Gesicht bräunt im Sonnenlicht schlechter als mein Körper. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich kann schlecht ab- bzw. zunehmen (bei Über- bzw. Untergewicht). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich habe oft Infekte (bei Frauen auch Blasenentzündungen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ich bin sehr sensibel (hochsensibel). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich habe mindestens eine große Leidenschaft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich bevorzuge Tätigkeiten, die produktiv sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich bin perfektionistisch, aber nicht unbedingt ordentlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich habe einen hohen Anspruch an mich selbst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ich bin oft ungeduldig. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ich habe eine ausgeprägte Hilfsbereitschaft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ich habe immer wieder depressive Episoden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ich leide unter Angst und/oder Panikattacken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Mir ist schnell alles zu viel, meine Belastbarkeit ist gering. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 26. Ich habe manchmal Schwierigkeiten mich zu konzentrieren (schlechtes Kurzzeitgedächtnis). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Eines oder mehrere meiner Familienmitglieder leiden unter psychischen Beschwerden wie Depressionen, Angst- und Panikattacken oder Suchtverhalten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Für Frauen:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 28. Ich habe Zyklusbeschwerden und/oder leide unter PCOS. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich habe einen Progesteronmangel/ Östrogenüberschuss. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Während der Schwangerschaft war mir oft und lange (über 12. Woche hinaus) übel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ich leide unter Stimmungsschwankungen vor der Periode | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Ich habe eine untypische Körperbehaarung (vermehrter Haarwuchs an Kinn/Oberlippe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ihr Ergebnis

Anzahl:
 Ja Nein

Haben Sie als Frau 16 und als Mann 13 oder mehr Fragen mit „Ja“ beantwortet, kann es sein, dass sie von HPU betroffen sind. Um herauszufinden, ob Sie wirklich betroffen sind, eignet sich ein Urintest.

Wirklich aussagekräftig ist jedoch nur die Analyse des 24h Urins. Das einzige Labor, das diesen 24h-Test anbietet, ist das Labor KEAC von Dr. John Kamsteeg in Kerkrade (Niederlande). Sollten Sie solch einen Test durchführen wollen, können Sie das Test-Kit bei Ihrer nächsten Bestellung über 20 € bei Quintessence Naturprodukte kostenfrei beilegen lassen. Nachdem Sie den Test durchgeführt haben, senden Sie ihn direkt an das Labor KEAC.