



Betreuernummer:

Name (Stempel) des Betreuers:

Persönliche Angaben des Klienten

Für **Schwangere, Stillende** sowie für Patienten mit schwerer **Nieren- oder Leberinsuffizienz** sowie **BMI \leq 18** kann die Metabolic Balance GmbH & Co KG keinen Ernährungsplan erstellen. Pläne für **Veganer**, für **Neuroleptiker** und bei **Histamin-Intoleranz** nur auf Anfrage! Für Kinder unter 8 Jahren kann **kein Plan** erstellt werden.

A) Angaben zur Person

Nachname: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname: _____	Gewicht: _____ kg Wunschgewicht: _____ kg
Geburtsdatum: _____	BMI*: _____ WHtR*: _____
Straße/Hausnr.: _____	Größe: _____ cm
PLZ/Ort: _____	Umfangsmaß in Taillenhöhe: _____ cm
Telefon: _____	Umfangsmaß auf Hüfthöhe: _____ cm
Mobil: _____	Umfangsmaß eines Oberschenkels: _____ cm
E-Mail**: _____	Kraftsportler: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja > Bizepsumfang: _____ cm
Beruf: _____	Körperfettanteil (nur bei Kraftsportlern): _____ %

B) Pflichtfelder

Empfohlen durch:

TV Internet Zeitung Betreuerwerbung Empfehlung Sonstiges

Ich möchte regelmäßig den Gesundheitsbrief erhalten: Ja** Nein
 (**Wenn ja, ist die Angabe der E-Mail-Adresse oben ein Pflichtfeld!)

C) DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass mein Betreuer folgende Daten an die Metabolic Balance GmbH & Co. KG übermittelt:

Angaben zur Person Angaben zur Gesundheit Blutwerte
 Angaben zur Ernährung (auch Nahrungsmittelallergien)

Die vorgenannten Daten werden an die Metabolic Balance GmbH & Co. KG übermittelt, damit die Metabolic Balance GmbH & Co. KG im Rahmen der Teilnahme am Metabolic Balance®-Ernährungskonzept einen Ernährungsplan erstellen kann. Nach Erstellung des Ernährungsplanes übermittelt die Metabolic Balance GmbH & Co. KG den Ernährungsplan an Ihren Betreuer. Damit Ihr Betreuer Sie im Rahmen der Teilnahme am Metabolic Balance®-Ernährungskonzept umfassend beraten kann, kann Ihr Betreuer auf die vorgenannten Daten sowie den Ernährungsplan zugreifen. Die Metabolic Balance GmbH & Co. KG löscht die Daten zwei Jahre nach Erstellung des Ernährungsplanes. Danach ist ein Zugriff auf Ihren Ernährungsplan nicht mehr möglich.

In die vorgenannte Verwendung meiner personenbezogenen Daten willige ich ein.
 Bitte beachten Sie, dass eine Teilnahme am Metabolic Balance®-Ernährungskonzept ohne Ihre Einwilligung leider nicht möglich ist.

* Nutzen Sie bitte den BMI- und WHtR-Rechner auf dem Metabolic Balance®-Internetportal.

Name des Klienten: _____

D) Angaben zur Gesundheit

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Pilze |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Glutenallergie | |

Sonstige z. B. Schlafstörungen, Depressionen, Verdauung:

Schwanger Nein Ja

Allergien Nein Ja, welche: _____

Medikamente Nein Ja, gegen: Blutfett Harnsäure Zucker

Schilddrüse Neuroleptika

Sonstige z. B. Pille/Hormone:

Blutabnahme am _____ Blutzuckerwert _____

E) Angaben zur Ernährung, auch Nahrungsmittelallergien berücksichtigen (max. 4 Kreuze)

Ich esse alles

Davon esse ich nur selten: Fleisch Geflügel Fisch Käse

Davon esse ich gar nichts: Fleisch Geflügel Fisch Käse Meeresfrüchte

Sonstiges: _____

F) Ich erwarte von Metabolic Balance® ...

- Gewichtsabnahme Stoffwechselregulierung

**G) Wie schätzen Sie auf einer Skala von 0 bis 10 Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein ?
(0 = sehr schlecht bis 10 = ausgezeichnet)**

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vor Blutentnahme bitte 12 Stunden nichts essen und trinken (außer reinem Wasser)!

Datum/Unterschrift



Name des Klienten: _____

H) Blutwerte (Bitte Blutwerteeinheit markieren bzw. ergänzen)					
Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten	_____	Mio/ μ l	Cholesterin	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Hämoglobin	_____	<input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> g/l <input type="checkbox"/> mmol/l	HDL Cholesterin	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Hämatokrit	_____	<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> L/L	LDL Cholesterin	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Leukozyten	_____	Tsd/ μ l	CK gesamt	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C <input type="checkbox"/> ykat/l
Monozyten	_____	%	Eisen	_____	<input type="checkbox"/> μ g/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l
Lymphozyten	_____	%	gamma-GT	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C <input type="checkbox"/> ykat/l
Neutrophile	_____	%	GOT	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> ykat/l
Eosinophile	_____	%	GPT	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> ykat/l
MCH (HBE)	_____	<input type="checkbox"/> pg <input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> amol <input type="checkbox"/> ymol/l	Gesamt Eiweiß	_____	<input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> g/l
MCV	_____	fl	Harnstoff	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Thrombozyten	_____	Tsd/ μ l	Harnsäure	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l
Amylase <small>(Amylase ODER Lipase sind anzugeben)</small>	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si	Kalium	_____	mmol/l
Alk. Phosphatase	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C	Kreatinin	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l
Calcium	_____	<input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> kA	LDH	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si
Bilirubin	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l <input type="checkbox"/> ymol/l	Lipase <small>(Lipase ODER Amylase sind anzugeben)</small>	_____	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C
Glucose	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	Natrium	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
			Triglyceride	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
CRP*	_____	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> negativ	TSH*	_____	<input type="checkbox"/> μ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

Vor Blutentnahme bitte 12 Stunden nichts essen und trinken (außer reinem Wasser)!
* Wird dem Patienten vom Labor gesondert in Rechnung gestellt.

Bitte beide Spalten ausfüllen!