



Betreuernummer: **4743**

Name (Stempel) des Betreuers:

Persönliche Angaben des Klienten

Für **Schwangere, Stillende** sowie für Patienten mit schwerer **Nieren- oder Leberinsuffizienz** kann die Metabolic Balance GmbH & Co KG keinen Ernährungsplan erstellen. Achten Sie bei **Histaminose** auf besondere Ernährungsempfehlungen. Pläne für **Veganer-Pläne** und für **Neuroleptiker** **nur auf Anfrage!** Für Kinder unter 8 Jahren kann **kein Plan** erstellt werden.

Heilpraxis Lemmen
Ernährungs- und Therapieberatung
Holzschuherstraße 40
90562 Heroldsberg
Telefon: 0911-5187051

A) Angaben zur Person

Nachname: _____ Geschlecht: männlich 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: Nein 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 | |
| <input type="checkbox"/> 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

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

Datum/Unterschrift



Name des Klienten:

G) 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		<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	<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.