

Betreuernummer

Name (Stempel) des Betreuers:
Vertragspartner des Kunden

Persönliche Angaben des Klienten

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

A) Angaben zur Person

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Herr	Frau	Titel	Nachname	Vorname		
Adresse			Geburtstag ¹		(DD.MM.YYYY)	
PLZ	Stadt		Telefonnr. Handynr.			
E-Mail ³			Beruf			
Größe ¹	cm/in	Gewicht ¹	kg/lbs	Wunschgewicht ¹	kg/lbs	BMI ^{1/2}
Umfangmaße ¹		Kraftsportler ¹				
in Taillenhöhe ¹	cm/in	auf Hüfthöhe ¹	cm/in	cm/in	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	%
		eines Oberschenkels ¹	cm/in	Nein	Ja	Bizepsumfang
						Körperfettanteil

B) Wie sind Sie auf Metabolic Balance® aufmerksam geworden?

Empfohlen durch

TV

Internet

Zeitung

Betreuerwerbung

Empfehlung

Sonstiges

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. Ihr Betreuer und Metabolic Balance verwenden Ihre Daten nur zu den o.g. Zwecken und leiten diese nicht an Dritte weiter. Die Angaben zur Person und Ihre Gesundheitsdaten sind zur Erfüllung des Vertrages zur Erstellung eines Gesundheitsplanes und der nachfolgenden Betreuung erforderlich. Sie sind gemäß Art. 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem Vertragspartner um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Zudem können Sie jederzeit gemäß Art. 17 DSGVO die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder auf elektronischem Weg an den Vertragspartner (Ihren Betreuer, s.o.) übermitteln. Im Falle datenschutzrechtlicher Verstöße steht dem Betroffenen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu. Zuständige Aufsichtsbehörde in datenschutzrechtlichen Fragen ist der Landesdatenschutzbeauftragte des Bundeslandes, in dem unser Unternehmen seinen Sitz hat.

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.

Ich möchte regelmäßig den Gesundheitsbrief erhalten. (³Wenn ja, ist die Angabe der E-Mail-Adresse oben ein Pflichtfeld!)

¹ Pflichtfelder | ² Nutzen Sie bitte den BMI- und WHtR-Rechner auf dem Metabolic Balance®-Internetportal.

Name des Klienten

D) Angaben zur Gesundheit

Herzinsuffizienz	Gelenkschmerzen	Asthma	Schilddrüsenüberfunktion
Schwindel	Hautkrankheiten	Migräne	Schilddrüsenunterfunktion
Diabetes	Hoher Blutdruck	Glutenallergie	Laktoseintolleranz

Sonstige z.B. Schlafstörungen, Depressionen, Verdauung

Schwanger

Nein Ja

Allergien

Nein Ja

Welche?

Medikamente

Nein Ja

Welche Medikamente werden wogegen genommen?

Blutfett	Harnsäure	Zucker
Schilddrüse	Neuroleptika	Diuretika

Sonstige z.B. Pille, Hormone

Blutabnahme

Nein Ja

Datum

Blutzuckerwert

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

Ich esse alles Fleisch Geflügel Fisch Käse Meeresfrüchte Soja

Davon esse ich nur selten

Davon esse ich gar nichts

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 / 10 = ausgezeichnet)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Datum

Ort

Unterschrift

Name des Klienten

H) Blutwerte (Bitte Blutwerteeinheit markieren oder ergänzen)

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

Bitte beide Spalten ausfüllen!

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

* Wird dem Patienten vom Labor gesondert in Rechnung gestellt.

Name des Klienten

(0 = sehr schlecht bis 10 = ausgezeichnet)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I) Status nach 3 Monaten (auszufüllen 3 Monate nach Planerstellung)

Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein?

In welchem Umfang folgen Sie momentan den Regeln des Ernährungsprogramms?

In welchem Umfang haben Sie bisher Ihre Ziele erreicht?

In welchem Umfang würden Sie das Programm an einen Freund oder eine Freundin empfehlen?

Biologische Parameter (Bitte geben Sie die Einheit an)

Gewicht	kg lbs	gamma-GT	Glucose	Triglyceride
HDL Cholesterin	LDL Cholesterin		Cholesterin, total	

J) Status nach 6 Monaten (auszufüllen 6 Monate nach Planerstellung)

Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein?

In welchem Umfang folgen Sie momentan den Regeln des Ernährungsprogramms?

In welchem Umfang haben Sie bisher Ihre Ziele erreicht?

In welchem Umfang würden Sie das Programm an einen Freund oder eine Freundin empfehlen?

Biologische Parameter (Bitte geben Sie die Einheit an)

Gewicht	kg lbs	gamma-GT	Glucose	Triglyceride
HDL Cholesterin	LDL Cholesterin		Cholesterin, total	

K) Status nach 12 Monaten (auszufüllen 12 Monate nach Planerstellung)

Wie schätzen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein?

In welchem Umfang folgen Sie momentan den Regeln des Ernährungsprogramms?

In welchem Umfang haben Sie bisher Ihre Ziele erreicht?

In welchem Umfang würden Sie das Programm an einen Freund oder eine Freundin empfehlen?

Biologische Parameter (Bitte geben Sie die Einheit an)

Gewicht	kg lbs	gamma-GT	Glucose	Triglyceride
HDL Cholesterin	LDL Cholesterin		Cholesterin, total	