

KLIENTENBLATT 1

Betreuernummer:

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 Empfehlungen. **Veganer-Pläne nur auf vorherige Anfrage!** Für **Kinder unter 8 Jahren** kann **kein Plan** erstellt werden.

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 Kraftsportler*): %

B) Pflichtfelder

Empfohlen durch: TV.... Internet.... Zeitung.... Betreuerwerbung.... Empfehlung.... Sonstiges....

Ich möchte regelmäßig den Gesundheitsbrief von Dr. med. Wolf Funfack 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 berücksichtigen

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.

KLIENTENBLATT 2

Name des Klienten:

D) Angaben zur Gesundheit

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <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"/> Sonstige z. B. Schlafstörungen, Depressionen, Verdauung: | |

.....

Schwanger Ja Nein

Allergien Nein Ja, welche

Medikamente Nein Ja, gegen Blutfett Harnsäure Zucker
 Schilddrüse Sonstige z. B. Pille/Hormone:

.....

Blutentnahme am: Blutzuckerwert:

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

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Ich esse alles: | <input type="checkbox"/> | | | |
| Davon esse ich nur selten: | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Geflügel | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Käse |
| Davon esse ich gar nichts: | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Geflügel | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> 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:

KLIENTENBLATT 3

Name des Klienten:

G) Blutwerte (Bitte Blutwerteinheit 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
CRP		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> negativ	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
Calcium		<input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> kA	Triglyceride		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
			TSH		<input type="checkbox"/> μ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

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