

ANMELDEFORMULAR

Metabolic Balance®...



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 <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Vorname:	_____	Gewicht:	_____	kg
Geburtsdatum:	_____	Wunschgewicht:	_____	kg
Strasse / Hausnr.	_____	Grösse:	_____	cm
PLZ / Ort:	_____	Umfang in Nabelhöhe:	_____	cm
Telefon:	_____	Umfang in Hüfthöhe:	_____	cm
Natel -Nr.	_____	Umfang in Oberschenkel:	_____	cm
E-Mail**:	_____	Kraftsportler*:(Nur wenn ja: Bizepsumfang)	_____	cm
Beruf:	_____	Körperfettanteil (nur bei Kraftsportler)	_____	_____

B) Pflichtfelder, Empfohlen durch:

TV/Internet Zeitung Betreuerwerbung Empfehlung Sonstiges

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

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.

D) Angaben zur Gesundheit

<input type="checkbox"/> Hohe Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Herzleiden
<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen (Überfunktion oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Schlafstörungen, Depression, Verdauung)	_____

Allergien? nein ja, welche Allergien: _____

Medikamente? nein ja, gegen Blutfett Harnsäure Zucker
 Schilddrüsenfehlfunktion

Schwanger? nein ja Sonstiges (Pille, Hormone)

Medikamente (genaue Beschreibung, für welche Beschwerden) _____

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

Ich esse alles

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
	<input type="checkbox"/> Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/> Meeresfische	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____

F) Ich erwarte von metabolic balance®...

Gewichtsabnahme Energieoptimierung Wiedereinsteiger-Programm (mit neuem Plan) Sportlerplan (max. 3 Stunden intensiver Sport pro Woche)
 Gewichtszunahme Stoffwechselaufbau Wiedereinsteiger-Programm (mit bestehendem Plan) Metabolic Balance Online

Datum

Unterschrift


Metabolic Balance

Name, Vorname: _____

Datum: _____

E) Blutwerte

Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten	Mio/ μ l	HDL 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	LDL Cholesterin	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Hämatokrit	<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> L/L	CRP	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> mg / 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 (Ferritin)	<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	<input type="checkbox"/> 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
Cholinesterase	<input type="checkbox"/> kU/l <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25°C	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"/> mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl
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
Cholesterin	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	TSH	<input type="checkbox"/> μ lU/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

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

ANMELDEFORMULAR ausfüllen...



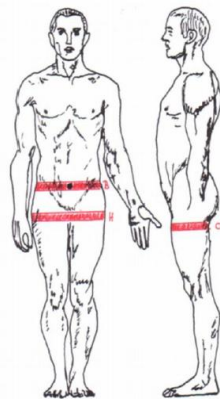
Adressangaben

Notieren Sie bitte eine gültige **Mailadresse**
Telefon- und Natelnummer
damit ich Sie für Rückfragen kontaktieren kann.

Umfang messen

Die drei Schlüssel-Messpunkte für metabolic balance

1. **Umfang auf Bauchnabelhöhe (B)**
2. **Umfang auf Hüfthöhe (H)**
3. **Umfang eines Oberschenkels (OS)**



Wichtig für eine exakte Kontrolle: Messen Sie immer an den gleichen Stellen und mit derselben Spannung des Massbandes.

Die Bauchnabelhöhe ist gegeben. Ist der Bauchnabel verdeckt, messen Sie darüber.

Die Hüfthöhe messen Sie immer an der breitesten Stelle.

Den Oberschenkel messen Sie grad unterhalb der Gesässfalte wo der Oberschenkel beginnt.

Tipp: Ziehen Sie zum Messen des Oberschenkel-Umfangs immer denselben Slip mit kurzen Beinen an. Die enden meist dort, wo das Gesäss in den Oberschenkel übergeht.

Das ist der ideale Messpunkt.

Gesundheit

Kreuzen Sie an, welche Themen für Sie zutreffen. Gesundheitliche Probleme, welche auf dem Formular nicht aufgeführt sind, erwähnen Sie unter „Sonstige Beschwerden“.

Mit "**Pilze**" sind Pilzkrankungen wie Dampilze, Fußpilz, Hautpilze, Nagelpilze und auch Pilze im Genitalbereich etc. gemeint.

Unter "**Hautkrankheiten**" fallen Beschwerden wie Akne, Ekzeme, Pickel, Neurodermitis, Psoriasis etc. Bitte erwähnen Sie in diesem Fall die genaue Bezeichnung oder Diagnose.

Sollten Sie unter "**Schilddrüsenbeschwerden**" leiden oder deswegen Medikamente einnehmen, erwähnen Sie auch dieses Krankheitsbild. Erklären Sie hierzu die genaue Form (z.B. Ich bin medikamentös wegen Überfunktion eingestellt).

Unter "**Sonstiges**" fallen weitere individuelle Krankheitsbilder.

Zu den "**Allergien**" gehören beispielsweise Lebensmittel-Allergien, Nickelallergie, Penicillinallergie, Gräser-Pollen- Hausstaub- Allergie, Heuschnupfen etc. Erwähnen Sie dazu, welche Allergie vorliegt.

Unter "**Medikamente**" gehen alle vom Arzt verordneten Mittel oder Tabletten. Homöopathische Zusätze, die Sie aus eigenem Antrieb einnehmen (z.B. Vitamine) gehören nicht dazu.

Angaben zur Ernährung

Erwähnen Sie hier Ihre Nahrungsmittelvorlieben, Abneigungen wie auch allfällige Lebensmittel-Allergien und Unverträglichkeiten. Nur so kann ich auch einen genussvollen Plan berechnen.

"**Ich esse alles**" heißt wirklich alles. "**Davon esse ich nur selten**" geht schon in die Kategorie „eher selten, ich mag es nicht besonders“.

Mit "**Davon esse ich gar nichts**" teilen Sie uns mit, was Sie überhaupt nicht essen wollen

(z.B. Vegetarier kein Fleisch, Muslime kein Schweinefleisch etc.). Unter "**Sonstiges**" erwähnen Sie Lebensmittel, welche Sie abneigen (z.B. Zwiebeln, Peperoni, Joghurt etc.).

Sobald das Anmeldeformular und die Laborwerte bei mir sind, wird Ihr Ernährungsplan ausgewertet. (Dies erfolgt dann innert ein paar Tagen nach Eingang der Labordaten und des Anmeldeformulars)

Sollten sie Rückfragen haben, dann bin ich gerne für Sie da !