



---- zurück an ----

## PERSÖNLICHE ANGABEN DES KLIENTEN

Für Schwangere, Stillende sowie für Patienten mit schwerer Nieren- oder Leberinsuffizienz kann metabolic balance® keinen Ernährungsplan erstellen.

Betreuernummer: Deutschland - Sachsen 1945

Name (Stempel) des Betreuers:

Maik Drechsel -Ernährungscoach  
Mönchswalder Strasse 1  
D-02681 Wilthen  
Tel. 03592 3790 Fax: 3792  
metabolicbalance@gmx.de

### A) Angaben zur Person

Nachname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männlich  weiblich   
Vorname: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Umfangmaß in Nabelhöhe: \_\_\_\_\_ cm  
Telefon: \_\_\_\_\_ Umfangmaß auf Hüfthöhe: \_\_\_\_\_ cm  
Fax Nr.: \_\_\_\_\_ Umfangmaß Oberschenkel: \_\_\_\_\_ cm  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
Schwanger / Stillend : ja nein

### B) Angaben zur Gesundheit

Hoher Blutdruck  Diabetes Typ 2  Nierenbeschwerden  Herzleiden  
 Pilze  Schilddrüsen-Beschwerden  Asthma  Schwindel  
 Hautkrankheiten  Gelenkschmerzen  Sonstige (Schlafstörungen, Depressionen, Verdauung): \_\_\_\_\_  
Allergien?  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_  
Medikamente?  Nein  Ja, gegen  Blutfett  Harnsäure  Zucker  
 Schilddrüsenfehlfunktion  
 Sonstige (Pille): \_\_\_\_\_  
Blutentnahme am: \_\_\_\_\_ Blutzuckerwert: \_\_\_\_\_

### C) 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  
 Milch  Naturjoghurt  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### D) Ich erwarte von metabolic balance® ...

Wie sind Sie auf mb Aufmerksam geworden: \_\_\_\_\_

Gewichtsabnahme  Stoffwechselregulierung \_\_\_\_\_  
 Ich bin einverstanden, von der metabolic balance GmbH zum Zweck der Qualitätssicherung angerufen zu werden.  
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Planerstellung gespeichert werden. Die metabolic balance GmbH verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung (Blutwerte-Ermittlung, Planerstellung) nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.

Datum

Unterschrift

## PERSÖNLICHE ANGABEN DES KLIENTEN BLATT 2

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### E) Blutwerte

Bitte Blutwerteinheit markieren bzw. ergänzen

Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten		Mio/ $\mu$ 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			
Leukozyten		Tsd/ $\mu$ l	CK gesamt		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C <input type="checkbox"/> ykat/l
Monozyten		%	Eisen		<input type="checkbox"/> $\mu$ g/dl <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/l
Lymphozyten		%	gamma-GT		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> $\mu$ 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/ $\mu$ l	Harnsäure		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/l
Amylase		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/si	Kalium		mmol/l
Alk. Phosphatase		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C	Kreatinin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/l
Cholinesterase		<input type="checkbox"/> kU/l <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C	LDH		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/si
Bilirubin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/l <input type="checkbox"/> ymol/l	Lipase		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> $\mu$ 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
Cholesterin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	TSH		<input type="checkbox"/> $\mu$ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl