

## 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:

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: .....

### KLIENTENBLATT 3

Name des Klienten:

#### G) Blutwerte (Bitte Blutwerteinheit markieren bzw. ergänzen)

Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten		Mio/ $\mu$ 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/ $\mu$ 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
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"/> $\mu$ 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
			TSH		<input type="checkbox"/> $\mu$ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

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