



Betreuernummer:

Betreuerdaten/Stempel:
Vertragspartner des Klienten

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**, für **Neuroleptiker** und bei **Histamin-Intoleranz** sowie **Fructoseintoleranz** nur auf Anfrage! Für **Kinder unter 8 Jahren** kann **kein Plan** erstellt werden.

Susanne Gass Ernährungsberatung
Seminarhaus am Waldpark
Waldweg 5
D 88175 Scheidegg – Lindenau
Telefon: +49 8387 9239710

A) Angaben zur Person

Nachname: _____	Geschlecht ¹ : <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Vorname: _____	Gewicht ¹ : _____ kg Wunschgewicht ¹ : _____ kg
Geburtsdatum ¹ : _____	BMI ^{1,2} : _____ WHtR ^{1,2} : _____
Straße/Hausnr.: _____	Größe ¹ : _____ cm
PLZ/Ort: _____	Umfangsmaß in Taillenhöhe ¹ : _____ cm
Telefon: _____	Umfangsmaß auf Hüfthöhe ¹ : _____ cm
Mobil: _____	Umfangsmaß eines Oberschenkels ¹ : _____ cm
E-Mail ³ : _____	Kraftsportler ¹ : <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja > Bizepsumfang: _____ cm
Beruf: _____	Körperfettanteil (nur bei Kraftsportlern): _____ %

B) Empfohlen durch:

TV Internet Zeitung Betreuerwerbung Empfehlung Sonstiges

Ich möchte regelmäßig den Gesundheitsbrief erhalten: Ja³ Nein
(³Wenn ja, ist die Angabe der E-Mail-Adresse oben erforderlich!)

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.

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

Name des Klienten:

D) Angaben zur Gesundheit

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <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"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Glutenallergie | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige z. B. Schlafstörungen, Depressionen, Verdauung: | | | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |

Schwanger Nein Ja

Allergien Nein Ja, welche: _____

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

Blutabnahme 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

G) Wie schätzen Sie auf einer Skala von 0 bis 10 Ihren aktuellen Gesundheitszustand ein ?

(0 = sehr schlecht bis 10 = ausgezeichnet)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Datum/Unterschrift

Name des Klienten:

H) 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 <small>(Amylase ODER Lipase sind anzugeben)</small>	_____	<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
Calcium	_____	<input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> kA	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 <small>(Lipase ODER Amylase sind anzugeben)</small>	_____	<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
			Triglyceride	_____	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
CRP*	_____	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> negativ	TSH*	_____	<input type="checkbox"/> μ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

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

* Wird dem Patienten vom Labor gesondert in Rechnung gestellt.

Bitte beide Spalten ausfüllen!