



Klientenblatt 1

Betreuernummer: 2789

Susanne Lemke
Ernährungsberaterin
(in der Praxis für Naturheilkunde K. U. Lemke)
Ostseestr. 102 24107 Kiel
Tel: 0431-55 69 69 1
Fax: 0431-31 98 112
www.metabolic-balance-kiel.de
s.lemke@metabolic-balance-kiel.de

Persönliche Angaben des Klienten

Für Schwangere, Stillende sowie für Patienten mit schwerer Nieren- oder Lebersuffizienz kann metabolic balance * keinen Ernährungsplan erstellen

A) Angaben zur Person

Nachname: Geschlecht: männlich weiblich

Vorname: Gewicht: kg Wunschgewicht: kg

Geburtsdatum: BMI*: WHtR*:

Straße/Hausnr.: Größe: cm

PLZ/Ort: Umfangsmaß in Nabelhöhe: cm

Telefon: Umfangsmaß auf Hüfthöhe: cm

Fax Nr.: Umfangsmaß Oberschenkel: cm

E-Mail: Beruf:

B) Angaben zur Gesundheit

Herzleiden Gelenkschmerzen Schilddrüsen-Beschwerden Asthma

Schwindel Hautkrankheiten Nierenbeschwerden Pilze

Diabetes Hoher Blutdruck Sonstige (Schlafstörungen, Depressionen, Verdauung):

.....

Schwanger Ja Nein

Allergien Nein Ja, welche

Medikamente Nein Ja, gegen Blutfett Harnsäure Zucker

Schilddrüsenfkt. Sonstige (Pille/Hormone):

.....

Blutentnahme am: Blutzuckerwert:

* Nutzen Sie bitte den BMI- und WHtR-Rechner auf dem metabolic balance® -Internetportal.



Klientenblatt 2

Name des Klienten: _____

C) 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 | |
| | <input type="checkbox"/> Milch | <input type="checkbox"/> Naturjoghurt | | | |

Sonstiges:

.....
.....

D) Ich erwarte von metabolic balance® ...

- 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.

E) Empfohlen durch...

- TV Internet Sonstiges
- Zeitung Betreuerwerbung Empfehlung

F) Vereinbarung

Ich wünsche, dass auf Basis meiner hier gemachten Angaben und der Übermittlung meiner Blutwerte durch mich, oder das Labor, mein Ernährungsplan erstellt wird. Die damit verbundenen Kosten in Höhe von _____ EUR für die Planerstellung und die anschließende Betreuung sind mir bekannt gelten als vereinbart.

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

Datum/Unterschrift:



Klientenblatt 3

Name des Klienten:

F) Blutwerte (Bitte Blutwerteeinheit 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
Cholinesterase		<input type="checkbox"/> kU/l <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C	Lipase		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C
Bilirubin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l <input type="checkbox"/> ymol/l	Natrium		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Glucose		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	Triglyceride		<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	TSH		<input type="checkbox"/> μ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

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