



## Persönliche Angaben des Klienten

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

Betreuernummer: \_\_\_\_\_



Physiotherapie  
Ernährungsberatung  
Prävention und Training

medfit GmbH  
St. Gallerstrasse 72  
CH-9325 Roggwil TG

Tel. 071 450 03 03  
Fax 071 450 03 60  
info@medfit.ch  
www.medfit.ch

### 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: \_\_\_\_\_

### B) Angaben zur Gesundheit

Hoher Blutdruck  Diabetes  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® ...

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 \_\_\_\_\_

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