

A) Angaben zur Person

Nachname: **Geschlecht:** männlich weiblich
 Vorname: **Gewicht:**kg
 Geburtsdatum: **Wunschgewicht:**kg
 Straße: **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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Pilze | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen - Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Sonstige (Schlafstörungen, Depression, Verdauung) | |

.....
 Allergien? Nein Ja, welche

.....
 Medikamente? Nein Ja, gegen Blutfett Harnsäure Zucker
 Schilddrüsenfehlfunktion
 Sonstige (Pille):.....

Sind Sie derzeit schwanger? Ja Nein

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 die folgenden Ergebnisse ...

- Gewichtsabnahme Stoffwechselregulierung

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.

Für Schwangere sowie mit Neuroleptika behandelte Patienten oder für Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz erstellt metabolic balance® keinen Ernährungsplan.

Preis: EUR 450.- (wenn möglich Barzahlung bei Planübergabe)

Datum

Unterschrift