

# ANMELDEFORMULAR

## Metabolic Balance®...



### 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 (bitte alles ausfüllen)

Nachname:	_____	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>
Vorname:	_____	Gewicht:	_____	kg
Geburtsdatum:	_____	Wunschgewicht:	_____	kg
Strasse / Hausnr.	_____	Grösse:	_____	cm
PLZ / Ort:	_____	Umfang in Nabelhöhe:	_____	cm
Telefon:	_____	Umfang in Hüfthöhe:	_____	cm
Natel -Nr.	_____	Umfang in Oberschenkel:	_____	cm
E-Mail**:	_____	Kraftsportler*:(Nur wenn ja: Bizepsumfang)	_____	cm
Beruf:	_____	Körperfettanteil (nur bei Kraftsportler)	_____	_____

#### B) Pflichtfelder, Empfohlen durch:

TV/Internet       Zeitung       Betreuerwerbung       Empfehlung       Sonstiges

#### C) Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass mein Betreuer folgende Daten an Metabolic Balance GmbH & Co. KG übermittelt:

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.

#### D) Angaben zur Gesundheit

<input type="checkbox"/> Hohe Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes, welche Art?	<input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Herzleiden
<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen (Überfunktion oder Unterfunktion?)	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Schlafstörungen, Depression, Verdauung) _____	

Allergien?  nein       ja, welche Allergien: \_\_\_\_\_

Medikamente?  nein       ja, gegen \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Blutfett	<input type="checkbox"/> Harnsäure	<input type="checkbox"/> Zucker
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktionsstörung		
<input type="checkbox"/> Sonstiges (Pille, Hormone)		

Schwanger?  nein       ja

Medikamente (genaue Beschreibung, für welche Beschwerden) \_\_\_\_\_

#### E) Angaben zur Ernährung, auch Nahrungsmittelallergien berücksichtigen (max. 4 Kreuze)

Ich esse alles

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"/> Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/> Meeresfische	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

#### F) Ich wünsche...

Gewichtsabnahme       Energieoptimierung       Wiedereinsteiger-Programm (mit neuem Plan)

Gewichtszunahme       Stoffwechsellaufbau       Wiedereinsteiger-Programm (mit bestehendem Plan)       Metabolic Balance Online

Datum

Unterschrift

  
Metabolic Balance

# ANMELDEFORMULAR ausfüllen

---

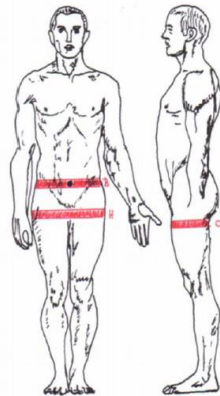
## Adressangaben

Notieren Sie bitte eine gültige **Mailadresse**  
**Telefon- und Natelnummer**  
damit ich Sie für Rückfragen kontaktieren kann.

## Umfang messen

Die drei Schlüssel-Messpunkte für metabolic balance

1. **Umfang auf Bauchnabelhöhe (B)**
2. **Umfang auf Hüfthöhe (H)**
3. **Umfang eines Oberschenkels (OS)**



Wichtig für eine exakte Kontrolle: Messen Sie immer an den gleichen Stellen und mit derselben Spannung des Massbandes.

**Die Bauchnabelhöhe** ist gegeben. Ist der Bauchnabel verdeckt, messen Sie darüber.

**Die Hüfthöhe** messen Sie immer an der breitesten Stelle.

**Den Oberschenkel** messen Sie grad unterhalb der Gesässfalte wo der Oberschenkel beginnt.

Tipp: Ziehen Sie zum Messen des Oberschenkel-Umfangs immer denselben Slip mit kurzen Beinen an. Die enden meist dort, wo das Gesäss in den Oberschenkel übergeht.

Das ist der ideale Messpunkt.

## Gesundheit

Kreuzen Sie an, welche Themen für Sie zutreffen. Gesundheitliche Probleme, welche auf dem Formular nicht aufgeführt sind, erwähnen Sie unter „Sonstige Beschwerden“.

Mit **"Pilze"** sind Pilzkrankungen wie Dampilze, Fußpilz, Hautpilze, Nagelpilze und auch Pilze im Genitalbereich etc. gemeint.

Unter **"Hautkrankheiten"** fallen Beschwerden wie Akne, Ekzeme, Pickel, Neurodermitis, Psoriasis etc. Bitte erwähnen Sie in diesem Fall die genaue Bezeichnung oder Diagnose.

Sollten Sie unter **"Schilddrüsenbeschwerden"** leiden oder deswegen Medikamente einnehmen, erwähnen Sie auch dieses Krankheitsbild. Erklären Sie hierzu die genaue Form (z.B. Ich bin medikamentös wegen Überfunktion eingestellt).

Unter **"Sonstiges"** fallen weitere individuelle Krankheitsbilder.

Zu den **"Allergien"** gehören beispielsweise Lebensmittel-Allergien, Nickelallergie, Penicillinallergie, Gräser-Pollen- Hausstaub- Allergie, Heuschnupfen etc. Erwähnen Sie dazu, welche Allergie vorliegt.

Unter **"Medikamente"** gehen alle vom Arzt verordneten Mittel oder Tabletten. Homöopathische Zusätze, die Sie aus eigenem Antrieb einnehmen (z.B. Vitamine) gehören nicht dazu.

## Angaben zur Ernährung

Erwähnen Sie hier Ihre Nahrungsmittelvorlieben, Abneigungen wie auch allfällige Lebensmittel-Allergien und Unverträglichkeiten. Nur so kann ich auch einen genussvollen Plan berechnen.

**"Ich esse alles"** heißt wirklich alles. **"Davon esse ich nur selten"** geht schon in die Kategorie „eher selten, ich mag es nicht besonders“.

Mit **"Davon esse ich gar nichts"** teilen Sie uns mit, was Sie überhaupt nicht essen wollen

(z.B. Vegetarier kein Fleisch, Muslime kein Schweinefleisch etc.). Unter **"Sonstiges"** erwähnen Sie Lebensmittel, welche Sie abneigen (z.B. Zwiebeln, Peperoni, Joghurt etc.).

Sobald das Anmeldeformular und die Laborwerte bei mir sind, wird Ihr Ernährungsplan ausgewertet. (Dies erfolgt dann innert ein paar Tagen nach Eingang der Labordaten und des Anmeldeformulars)

**Sollten sie Rückfragen haben, dann bin ich gerne für Sie da !**

# Laboradressen zum Wählen

---

Ich empfehle Ihnen eines der aufgeführten Labore für die Blutentnahme auszuwählen. Diese kennen Metabolic Balance®, und bewerten das Blut gemäss diesen Richtlinien. Erwähnen Sie, dass Sie bei mir am metabolic balance® Programm teilnehmen möchten, so wird die Endauswertung direkt an meine Adresse geschickt.  
(Eine Voranmeldung ist erwünscht)

**Für Schwangere ist Metabolic Balance nicht geeignet.**

**Vor der Blutentnahme bitte 12 h vorher nichts mehr essen und trinken  
(ausser reinem Wasser)**

Labor	Adresse	PLZ	Ort	Telefon	Kosten (ca.)
Labor Badena AG, Baden	Bahnhofplatz 1	5400	Baden	056 203 65 65	CHF 125.00
Rothen Med. Laboratorien AG, Basel	Spalengraben 15	4051	Basel	061 269 81 81	CHF 100.00
MCL Med. Laboratorien AG, Bern	Spitalgasse 30	3011	Bern	031 328 77 88	CHF 138.00
Synlab Labor Dr. Güntert	Rigistrasse 1	6330	Cham	041 784 04 04	CHF 100.00
Synlab Labor Dr. Güntert	Quaderstrasse 18	7000	Chur	081 257 04 14	CHF 100.00
Swiss Analyses	Hauptstrasse 137 D	8274	Tägerwilen	071 666 77 22	CHF 45.00
Synlab Labor Dr. Güntert	Alpenquai 14	6005	Luzern	041 360 35 35	CHF 100.00
Bio-Analytica AG, Luzern	Maihofstrasse 95a	6006	Luzern	041 429 31 31	CHF 93.00
Med. Labor, Olten	Spitalstrasse 9	4600	Olten	062 205 60 30	CHF 94.50
Dr. Toggweiler AG, Wallisellen	Hertistrasse 1	8304	Wallisellen	044 833 39 39	CHF 120.00
Analytica Med. Laboratorien AG, Zürich	Falkenstrasse 14	8008	Zürich	044 250 50 50	CHF 124.60
medica Med. Laboratorien, Zürich	Wolfbachstrasse 17	8024	Zürich	044 269 99 99	CHF 135.00
Unilabs, Zürich	Dufourstrasse 90	8034	Zürich	044 389 88 50	CHF 131.50
Dr. med. Zähringer, Mythenpraxis	Stehlgasse 15	6430	Schwyz	041 818 20 20	CHF 120.00



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Blutwerte - für Sie als Information - Ihr Labor braucht diese Angaben nicht...

Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten	.....	Mio/ $\mu$ l	HDLCholesterin	.....	<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	LDLCholesterin	.....	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Hämatokrit	.....	<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> L/L	CRP	.....	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> mg / 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 (Ferritin)	.....	<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	.....	<input type="checkbox"/> 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
Cholinesterase	.....	<input type="checkbox"/> kU/l <input type="checkbox"/> $\mu$ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25°C	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"/> mmol/l <input type="checkbox"/> mg/dl
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
Cholesterin	.....	<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)!