



metabolic balance

Klientenblatt 1

Betreuernummer: 2789

Persönliche Angaben des Klienten

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

SUSANNE LEMKE

Ernährungsberaterin

(in der Praxis für Naturheilkunde K. U. Lemke)

Ostseestr. 102 24107 Kiel

Tel: 0431-55 69 69 1

Fax: 0431-31 98 113

www.metabolic-balance-kiel.de

s.lemke@metabolic-balance-kiel.de

A) Angaben zur Person

Nachname:

Geschlecht: männlich weiblich

Vorname:

Gewicht: kg

Geburtsdatum:

Wunschgewicht: kg

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 Ja, gegen Blutfett Harnsäure Zucker
 Ja, gegen Schilddrüsenfkt. Sonstige (Pille):

Blutentnahme am:

Blutzuckerwert:

KLIENTENBLATT 2**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® ...**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Stoffwechselregulierung |
| <input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden, von der metabolic balance® GmbH zum Zweck der Qualitätssicherung angerufen zu werden. | |
| <input type="checkbox"/> 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...

- | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Betreuerwerbung | <input type="checkbox"/> Empfehlung |

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

Datum/Unterschrift:

KLIENTENBLATT 3

F) Blutwerte (Bitte Blutwerteinheit markieren bzw. ergänzen)

Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten		Mio/ μ l	HDL Cholesterin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Hämoglobin		<input type="checkbox"/> g/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	LDL Cholesterin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Hämatokrit		<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> L/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"/> amol	<input type="checkbox"/> mmol/l <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"/> U/l 25 °C	<input type="checkbox"/> μ mol/si	Kreatinin	<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l
Cholinesterase		<input type="checkbox"/> kU/l <input type="checkbox"/> U/l 25 °C	<input type="checkbox"/> μ mol/si	LDH	<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si
Bilirubin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> ymol/l	<input type="checkbox"/> μ mol/l	Lipase	<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
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"/> μ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

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