



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: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Herzleiden	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Beschwerden	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Schwindel	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden	<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Sonstige (Schlafstörungen, Depressionen, Verdauung):	
.....			
Schwanger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche	
Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gegen	<input type="checkbox"/> Ja, gegen	<input type="checkbox"/> Blutfett
		<input type="checkbox"/> Harnsäure	<input type="checkbox"/> Zucker
		<input type="checkbox"/> Ja, gegen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfkt.
		<input type="checkbox"/> Sonstige (Pille):
.....			
Blutentnahme am:	Blutzuckerwert:

KLIENTENBLATT 2

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.

E) Empfohlen durch...

☐ TV

☐ Internet

☐ Sonstiges

☐ Zeitung

☐ Betreuerwerbung

☐ Empfehlung

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

Datum/Unterschrift:

KLIENTENBLATT 3

F) Blutwerte (Bitte Blutwertereinheit 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"/> g/l <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"/> 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
Cholinesterase		<input type="checkbox"/> kU/l <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C	LDH		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si
Bilirubin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l <input type="checkbox"/> ymol/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)!