

KLIENTENBLATT 1

Betreuernummer:

752

PERSÖNLICHE ANGABEN DES KLIENTEN

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



Tel: +43 664 460 6810

Fax: +43 1 662 62 35

Mail: info@qiboli.com

www.christina-schnitzler.at

A) Angaben zur Person

Nachname: Geschlecht: männlich weiblich
 Vorname: Gewicht: kg Wunschgewicht: kg
 Geburtsdatum: BMI*: WHtR*:
 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 Blutfett Harnsäure Zucker

Schilddrüsenfkt. Sonstige (Pille/Hormone):

Blutentnahme am:

Blutzuckerwert:

* Nutzen Sie bitte den BMI- und WHtR-Rechner auf dem metabolic balance®-Internetportal.

KLIENTENBLATT 2

Name des Klienten: _____

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

Name des Klienten:

F) Blutwerte (Bitte Blutwerteinheit markieren bzw. ergänzen)

Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten		Mio/ μ l	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	HDL Cholesterin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Hämatokrit		<input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> L/L	LDL Cholesterin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/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"/> μ kat/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"/> μ kat/l
Neutrophile		%	GOT		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> μ kat/l
Eosinophile		%	GPT		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> % <input type="checkbox"/> μ kat/l
MCH (HBE)		<input type="checkbox"/> pg <input type="checkbox"/> mmol/l <input type="checkbox"/> amol <input type="checkbox"/> μ mol/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
CRP		<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> mg/l <input type="checkbox"/> negativ	LDH		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si
Cholinesterase		<input type="checkbox"/> kU/l <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C	Lipase		<input type="checkbox"/> U/l 37 °C <input type="checkbox"/> μ mol/si <input type="checkbox"/> U/l 25 °C
Bilirubin		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> μ mol/l <input type="checkbox"/> μ mol/l	Natrium		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l
Glucose		<input type="checkbox"/> mg/dl <input type="checkbox"/> mmol/l	Triglyceride		<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	TSH		<input type="checkbox"/> μ U/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

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