

# 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:	_____	<b>Umfang in Nabelhöhe:</b>	_____	cm
Telefon:	_____	<b>Umfang in Hüfthöhe:</b>	_____	cm
Natel -Nr.	_____	<b>Umfang in Oberschenkel:</b>	_____	cm
E-Mail**:	_____	Kraftsportler: (Nur wenn ja: Bizepsumfang)	_____	cm
Beruf:	_____	Körperfettanteil (nur bei Kraftsportler)	_____	_____

#### B) Pflichtfelder, Empfohlen durch:

TV/Internet  Google  Betreuerwerbung  Empfehlung, durch wen.....

#### 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

Hohe Blutdruck  Diabetes, welche Art?  Nierenbeschwerden  Herzleiden  
 Pilze  Schilddrüsen (Überfunktion oder Unterfunktion?)  Asthma  Schwindel

Hautkrankheiten  Gelenkschmerzen  Sonstiges (Schlafstörungen, Depression, Verdauung) \_\_\_\_\_

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

Medikamente?  nein  ja, gegen  Blutfett  Harnsäure  Zucker

Schilddrüsenfehlfunktion

Schwanger?  nein  ja  Sonstiges (Pille, Hormone)

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

#### E) 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  
 Meeresfrüchte  Sprossen  Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### F) Ich wünsche...

Gewichtsabnahme  Energieoptimierung  Wiedereinsteiger-Programm  
 Gewichtszunahme  Stoffwechsellaufbau  Metabolic Balance Basis  Metabolic Balance Online

Datum

Unterschrift

  
Metabolic Balance

# ANMELDEFORMULAR ausfüllen

## Metabolic Balance®...

---

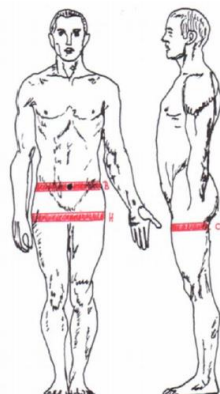
### Adressangaben

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, melden Sie sich. Gerne berate ich Sie.

# Labor-Adressen – in Ihrer Gegend

## Metabolic Balance®...

---

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 am **Metabolic Balance® Programm bei Erika Baumann** teilnehmen möchten, so wird die Endauswertung **direkt** dem **Grünen Apfel** geschickt. Eine Voranmeldung ist erwünscht.

Für Schwangere ist Metabolic Balance nicht geeignet. Die Blutanalyse ist grundsätzlich auch bei Ihrem Hausarzt möglich. Kontaktieren Sie mich vorgängig, falls Sie dies so organisieren.

Vor der Blutentnahme bitte ca. 12 h vorher nichts mehr essen. Reines Wasser ist erlaubt. Die Preise bewegen sich ca. zwischen CHF 80.00 und CHF 130.00



Labor	Adresse	PLZ	Ort	Telefon
Labor Badena AG, Baden	Bahnhofplatz 1	5400	Baden	056 203 65 65
Rothen Med. Laboratorien AG, Basel	Spalengraben 15	4051	Basel	061 269 81 81
MCL Med. Laboratorien AG, Bern	Spitalgasse 30	3011	Bern	031 328 77 88
Bio-Analytica, Andreas Klinik	Rigistrasse 1	6330	Cham	041 784 04 04
Synlab Labor Dr. Güntert	Quaderstrasse 18	7000	Chur	081 257 04 14
Swiss Analyses	Hauptstrasse 137 D	8274	Tägerwilen	071 666 77 22
Synlab Labor Dr. Güntert	Alpenquai 14	6005	Luzern	041 360 35 35
Bio-Analytica AG, Luzern	Maihofstrasse 95a	6006	Luzern	041 429 31 31
Synlab Solothurn	Obachstasse 33	4500	Solothurn	062 205 60 30
Dr. Toggweiler AG, Wallisellen	Hertistrasse 1	8304	Wallisellen	044 877 39 39
Analytica Med. Laboratorien AG, Zürich	Falkenstrasse 14	8008	Zürich	044 250 50 50
Medica Med. Laboratorien, Zürich	Wolfbachstrasse 17	8024	Zürich	044 269 99 99
Unilabs, Zürich	Dufourstrasse 90	8034	Zürich	044 389 88 50
Dr. med. Zähringer, Mythenpraxis	Stehlgasse 15	6430	Schwyz	041 818 20 20
Med. Laboratorien Ivenimus	Industriestrasse 30	8302	Kloten	044 800 10 20
Synlab Winterthur	Strickerstrasse 3	8400	Winterthur	058 400 15 70
Unilab Dr. Weber St. Gallen	Müller-Friedbergstrasse 6	9001	St. Gallen	071 227 44 44

# Blutwerte – falls Sie die Analyse bei Ihrem Hausarzt machen....

## Metabolic Balance®...

Name, Vorname:

Datum:

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"/> $\mu$ lU/ml <input type="checkbox"/> mg/dl

Falls Sie die Analyse bei Ihrem Hausarzt machen, bitte ich Sie, die Endergebnisse in diesem Formular einzutragen.