

ANAMNESEBOGEN:

Vor- und Nachname _____ Geb. Datum _____
Strasse und Hausnr. _____ Geschlecht: weibl. / männl.
(zutreffendes bitte unterstreichen)
PLZ und ORT _____ Name der Krankenkasse _____
Tel. privat _____
Fax _____ Beihilfe JA / NEIN ?
Tel. dienstlich _____ evtl. Fax dienstlich _____
Email _____ handy _____
Beruf _____ EMPFOHLEN VON _____

GEWICHT _____ kg / WUNSCHGEWICHT _____ kg - wann zuletzt gehabt ? _____ GRÖÖE _____ cm

Ich erwarte von Metabolic Balance:

(zutreffendes ankreuzen)

Stoffwechselregulierung _____

Gewichtsabnahme _____

Gewicht unverändert _____ (z.B. Gelenkerkrank., Wechseljahrsbeschwerden)

Gewichtszunahme _____ (z.B. Magersüchtige)

Bisherige Versuche das Gewicht zu regulieren: _____

ANGABEN ZUR ERNÄHRUNG, im Hinblick auf die zukünftige Ernährungsumstellung: (ankreuzen)

ICH ESSE ALLES _____

ICH KANN GAR KEIN/E: FLEISCH _____ SCHWEINEFLEISCH _____ GEFLÜGEL _____ FISCH _____ KÄSE _____

MILCH _____ NATURJOGHURT _____ MEEERESFRÜCHTE _____ NÜSSE, insb. MANDELN _____

SOJAMILCH _____ SOJAJOGHURT _____ TOFU _____ KÖRNER (Kürbis- oder Sonnenblumenkerne) _____

SCHAFSMILCH _____ SCHAFSJOGHURT _____ SCHAFSFRISCHKÄSE _____ WILDREIS _____

ZIEGENMILCH _____ ZIEGENJOGHURT _____ ZIEGENFRISCHKÄSE _____ GLASNUDELN

AUSTERNPILZE _____ SHIITAKEPILZE _____ HÜLSENFRÜCHTE _____ (SPROSSEN) _____ **ESSEN**

ICH WÜRD **NUR SELTEN = 2x / WOCHE:** FLEISCH _____ GEFLÜGEL _____ FISCH _____ KÄSE _____ **ESSEN**

aus welchem Grund ? _____

SONSTIGE ABNEIGUNGEN _____

oder UNGERNE GEGESSENES _____

oder UNVERTRÄGLICHKEITEN _____

(zutreffendes unterstreichen)

seit wann ?

Hoher Blutdruck	JA / NEIN
Diabetes	JA / NEIN
Hohe Blutfette	JA / NEIN
Gicht oder hohe Harnsäure	JA / NEIN
Schilddrüsenerkrankung	JA / NEIN
Schilddrüsen-Operation	JA / NEIN
Hashimoto Thyreoiditis	JA / NEIN
Chronische Bronchitis	JA / NEIN
Asthma	JA / NEIN
Gelenkerkr./-beschwerden	JA / NEIN
Rheumatische Erkrankung	JA / NEIN
Migräne / Kopfschmerzen	JA / NEIN
Hauterkrankung	JA / NEIN
Neurodermitis	
/Schuppenflechte	JA / NEIN
Akne	JA / NEIN
Pilzerkrankung	JA / NEIN
Magenbeschwerden	JA / NEIN
Sodbrennen	JA / NEIN
Gallenbeschwerden	JA / NEIN
Cholezytektomie=Gallen-Op.	JA / NEIN
Verdauungsbeschwerden	JA / NEIN
Reizdarm oder Blähungen	JA / NEIN
Entzündliche Darmerkrankung	JA / NEIN
Schlafstörungen	JA / NEIN
Wechseljahrsbeschwerden	JA / NEIN
Nierenerkrankung	JA / NEIN
Herzerkrankung	JA / NEIN
Psychische Beschwerden	JA / NEIN

Wenn JA, welche _____

AKTUELL schwanger ? JA / NEIN

Allergien JA / NEIN
Wenn JA, welche

Sonstige Erkrankungen oder Beschwerden JA / NEIN
Wenn JA, welche

Seite -3- ANAMNESEBOGEN:

Medikamente: JA / NEIN

Wenn JA, welche, bitte mit Namen und Dosierung und seit wann:

gegen HOHEN BLUTDRUCK	JA / NEIN	_____	_____
ENTWÄSSERUNGSTABLETTE	JA / NEIN	_____	_____
gegen BLUTZUCKER	JA / NEIN	_____	_____
falls INSULIN bitte spezifizieren		_____	_____
gegen HARNSÄURE	JA / NEIN	_____	_____
gegen BLUTFETTE	JA / NEIN	_____	_____
SCHILDDRÜSENUNTERFUNKTION	JA / NEIN	_____	_____
-ÜBERFUNKTION	JA / NEIN	_____	_____
ANTIKOAGULANTIEN	JA / NEIN	_____	_____
ANTIRHEUMATIKA	JA / NEIN	_____	_____
SCHMERZMITTEL	JA / NEIN	_____	_____
PILLE / HORMONE	JA / NEIN	_____	_____
ANTIDEPRESSIVA	JA / NEIN	_____	_____
HOMÖOPATHIKA	JA / NEIN	_____	_____
VITAMINE	JA / NEIN	_____	_____
SONSTIGE	JA / NEIN	_____	_____

Wohnen Sie in Ihrem Haushalt ALLEINE - MIT PARTNER/IN -

MIT KINDERN ANZAHL ALTER -

MIT ANDEREN PERSONEN (wem) _____ zusammen ?

HABEN SIE EINEN HUND ? _____ BETREUEN SIE IHN ALLEINE ? _____

Nikotin JA / NEIN

Falls JA : seit wann _____ und aktuell _____ Anzahl Zig. / Tag

²Haben Sie früher geraucht ? JA / NEIN seit wann Nichtraucher _____

Würden Sie gerne das Rauchen aufgeben ? JA / NEIN

Falls JA, woran hat es bisher gescheitert?

ALKOHOL JA / NEIN

Falls JA : wie häufig? _____
täglich 3x/Woche 1x/Woche 2x/Monat 1x/Monat SELTENER

Welche Alkoholsorten trinken Sie? _____
Bier Wein Spirituosen

Treiben Sie SPORT? JA / NEIN

In welcher FORM ? _____

und Häufigkeit ? _____

Falls NEIN, möchten Sie zum Einstieg beraten werden? JA / NEIN

Vor- und Nachname des Teilnehmers
(in Blockschrift)

- Ich willige ein, dass meine Daten (Angaben zur Person und zur Gesundheit, einschließlich der Nahrungsmittelallergien, meine Blutwerte, sowie Angaben zur Ernährung) zum Zwecks der PLANERSTELLUNG an die *metabolic balance*® GmbH & Co. KG weitergegeben werden.

Die *metabolic balance*® GmbH verpflichtet sich, die Daten außerhalb der notwendigen Eingaben zur Diagnose und Behandlung (Planerstellung) nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben. Die *metabolic balance*® GmbH & Co. KG löscht die Daten zwei Jahre nach Erstellung des Ernährungsplans. Danach ist ein Zugriff auf Ihren Ernährungsplan nicht mehr möglich.

- Mir ist bekannt, dass ich über persönliche Angaben meiner Teilnehmer, die ich im Rahmen der Gruppensitzungen erfahre, gegenüber Dritten Stillschweigen bewahren muss.

Datum

Unterschrift

Vor der Blutentnahme bitte 12 Stunden nichts essen und ausschließlich Wasser trinken!

Ich bin damit einverstanden, dass im Falle von relevanten abweichenden Laborwerten, mein Hausarzt informiert wird. Falls Sie das nicht möchten oder keinen Hausarzt haben, sollten wir eine alternative Vorgehensweise festlegen.

HAUSARZT _____

JA / NEIN

Anschrift

TEL _____

FAX _____

Datum

Unterschrift

Selbstverständlich werden Sie über relevante abweichende Laborwerte informiert, in der Regel bevor Ihr Hausarzt informiert wird.

ANDERER FÜR SIE BEDEUTSAMER ARZT
ODER BEHANDLER, z.B. HEILPRAKTIKER _____

FACHRICHTUNG _____

Anschrift

TEL _____

FAX _____