

Name Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort Telefon

E-Mail Geburtsdatum

Geschlecht m/w Berater

Kundenmessdaten

Blutgruppe* Größe cm*

Gewicht kg* Wunschgewicht kg*

Körperfettanteil %* Grundumsatz kcal

Taille cm* Hüfte cm* (wichtig für die Errechnung des Körperfettanteils)

Fitnesslevel* Halsumfang cm* (wichtig für die Errechnung des Körperfettanteils)

Sport pro Woche (Std.)* < 1 Std. 1-3 Std. 3-5 Std. 5-8 Std. > 8 Std.

Notizen (hier können noch weitere Messdaten und wichtige Informationen eingetragen werden)

Nahrungsmittel ausschließen (Allergien oder Unverträglichkeiten)

Nahrungsmittel

Fragen zur Stoffwechselformung

Nehmen Sie unter Dauerstress zu?	Ja	Nein	Wenig
Fühlen Sie sich generell energielos und schlapp?	Ja	Nein	Manchmal
Können Sie nur kleine Portionen essen?	Ja	Nein	Naja
Bevorzugen Sie im Urlaub mehr Ruhe statt Bewegung?	Ja	Nein	Unterschiedlich
Nehmen Sie leicht zu, wenn Sie mit dem Essen nicht aufpassen?	Ja	Nein	Wenig
Sind Sie eher distanziert und zurückhaltend?	Ja	Nein	Manchmal
Sind Sie nach einer Mahlzeit, egal was Sie essen, häufig müde und träge?	Ja	Nein	Manchmal

Name

Vorname

Fragen zur Ernährung

Besteht bei Ihnen eine Histaminunverträglichkeit?	Ja	Nein
Besteht bei Ihnen eine Laktoseintoleranz (Unverträglichkeit von Milchzucker)?	Ja	Nein
Leiden Sie unter einer Glutenunverträglichkeit?	Ja	Nein
Leiden Sie unter einer Fruktosemalabsorption (Fruchtzuckerunverträglichkeit, Reaktion auf Obst)?	Ja	Nein
Essen Sie Eier?	Ja	Nein
Essen Sie Fisch?	Ja	Nein
Essen Sie Fleisch?	Ja	Nein
Essen Sie Geflügel?	Ja	Nein
Essen Sie Sojaprodukte?	Ja	Nein
Verzehren Sie Kuhmilchprodukte?	Ja	Nein

Fragen zur Gesundheit

Besteht bei Ihnen ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Blähungen?	Ja	Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Arzneimittel ein (Macumar oder Fäliithrom)?	Ja	Nein
Leiden Sie unter Verstopfung?	Ja	Nein
Haben Sie ein schwaches Immunsystem oder häufig Infekte?	Ja	Nein
Nehmen Sie Schilddrüsenhormone ein?	Ja	Nein
Leiden Sie unter akuten Allergien oder an Asthma?	Ja	Nein
Haben Sie einen erhöhten Blutdruck?	Ja	Nein
Leiden Sie unter rheumatischen Beschwerden?	Ja	Nein
Nehmen Sie Cholesterinsenker ein?	Ja	Nein
Leiden Sie unter hormonellen Störungen (Wechseljahrsbeschwerden)?	Ja	Nein
Leiden Sie zeitweise unter Sodbrennen?	Ja	Nein
Ist Ihr Stuhlgang überwiegend weich?	Ja	Nein
Hatten Sie schon einmal eine Leberentzündung (Hepatitis)?	Ja	Nein

Name

Vorname

Fragen zu Charaktereigenschaften und sozialem Umfeld

Können Sie Ihre Ideen gut in Tat und Handlung umsetzen?	Ja	Nein
Kann man Sie leicht reizen?	Ja	Nein
Können Sie sich gut abgrenzen und leicht „NEIN“ sagen?	Ja	Nein
Haben Sie Ihren „richtigen“ Beruf/Aufgabe in Ihrem Leben gefunden?	Ja	Nein
Stellen Sie Ihre eigenen Interessen oft für andere in den Hintergrund?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich innerlich stark, stabil und selbstbewusst?	Ja	Nein
Erwachen Sie morgens erholt und ausgeruht?	Ja	Nein
Nehmen Sie sich die äußeren Geschehnisse leicht zu Herzen?	Ja	Nein
Arbeiten Sie im Schichtdienst?	Ja	Nein
Lieben Sie Herausforderungen beim Sport oder im Beruf?	Ja	Nein
Diskutieren Sie gerne?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich nach intensiven Sporteinheiten ausgeglichen?	Ja	Nein
Stehen Sie gerne im Mittelpunkt?	Ja	Nein
Eine dauerhafte vegetarische Ernährungsweise ist für Sie unvorstellbar?	Ja	Nein