Datenblatt

Interner Bereich o ID……

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ Plz. + Ort:_____

Geburtsdatum:_____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Beste Anrufzeit: _____

Handy: _____ Beruf: _____

Körpergröße: _____ Momentanes Gewicht:_____ Zielgewicht: _____

Kleidergröße momentan _____ zu erreichende Kleidergröße _____

Grösster gesundheitlicher Frust :_____

Was bringt Ihnen die Veränderung dieser Situation?_____

_____

Proteinfaktor: _____

Lebensstil: ruhig o aktiv o gestresst o

Welcher Frühstückstyp? ohne o Kaffee/Tee o trad. Frühstück o

Was zum Frühstück? _____

_____

Wassermenge:_____ Liter

Andere Getränke: _____

Vormittags Kaffee für Schwung? Ja o Nein o Znüni: _____

Mittagessen: _____

Nach dem Mittagessen müde: _____ Zvieri:_____

Abendessen: _____

Nach dem Abendessen: _____ Schlaf: _____

Öfter Lust auf Süsses / Salziges: _____ Heisshunger: _____wann?_____

Kopfschmerzen/ Migräne: _____ Verdauung: _____

Stimmungsschwankungen: _____ Müdigkeit: _____

Haut: _____ Fingernägel: _____

Allergien: _____ Sodbrennen: _____

Hände/ Füsse:_____ Menstruationsbeschwerden:_____

Blutdruck: _____ Gelenkschmerzen: _____

Schilddrüse: _____ Medikamente:_____

Krankheiten: _____ Sport: _____

Diabetes: _____ Gicht/Rheuma: _____

Wechselbeschwerden: _____ Andere: _____

Datum: Name: