



Name **Manfred Heggli, Betreuer: 1247**  
Ihres Betreuers:

**Für Schwangere, Stillende sowie für mit Neuroleptika behandelte Patienten, oder für Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz erstellt metabolic balance® aus Sicherheitsgründen keinen Ernährungsplan! Für reine Veganer kann leider auch kein Ernährungsplan erstellt werden.**

**A) Angaben zur Person (bitte unbedingt ALLES ausfüllen)**

Name: ..... Geburtsdatum: .....  
Vorname: ..... Gewicht: .....kg  
Geschlecht: weiblich  männlich  Wunschgewicht: .....kg  
Strasse: ..... Grösse: .....cm  
PLZ / Ort: ..... Umfangsmass in Taillenhöhe: .....cm  
Telefon privat: ..... Umfangsmass auf Hüfthöhe: .....cm  
Handy: ..... Umfangsmass 1 Oberschenkel, breiteste Stelle.....cm  
Telefon Geschäft: ..... Fax Nr.: .....  
Beruf: ..... **Email:** ..... @.....

**Ihr Wunschziel:**  Gewichtsabnahme  Gewichtszunahme  Stoffwechselregulierung

Sind Sie schwanger?  ja  Nein Krankenkasse-Zusatzversicherung Heilpraktiker bei: .....

Kraftsportler/in:  Nein  Ja: Bizepsumfang .....cm (Umfang muss bei Kraftsportlern angegeben werden!)

Wie sind Sie zu metabolic balance gekommen? Empfehlung von Name + Vorname: .....  
Internet / Zeitschrift / Werbung / Sonstiges:.....

Ich möchte regelmässig den Gesundheitsbrief von metabolic balance® per **Email** erhalten:  ja  Nein

**O Ich gehe am (Datum)..... ins Dr. Risch-Labor zur Blutentnahme.**

**Vor Blutentnahme bitte 12 Stunden nichts essen und trinken (ausser Wasser)!**

**B) Angaben zur Ernährung, auch Nahrungsmittelallergien berücksichtigen**

**Ich esse grundsätzlich alles:**  (= grösste Auswahl an Nahrungsmitteln in Ihrem Ernährungsplan!)

Davon esse ich gar nichts (Abneigung):  Fleisch  Geflügel  Fisch  Käse  Kuhmilch  
 Meeresfrüchte  Schweinefleisch

Sonstige Abneigungen (**max. 4 Nahrungsmittel können ausgeschlossen werden**):.....

(Es müssen nicht alle im Plan vorhandenen Lebensmittel gegessen werden. Aber: Je mehr Nahrungsmittel Sie ausschliessen, desto weniger abwechslungsreich kann Ihr Ernährungsplan erstellt werden.)

**C) Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein?**

Blutdruckmittel  Cholesterinmittel  Diabetesmittel  Diuretika (= harntreibende Medikamente)

Harnsäuremittel  Hormone  Marcumar  Pille / Hormonspirale (Empfängnisverhütung)

Schilddrüsenmittel gegen Unterfunktion  Schilddrüsenmittel gegen Ueberfunktion

Sonstige (genaue Medikamentengruppe angeben!):.....

**Bitte folgende 2 Seiten auch ausfüllen!**

Persönliche Angaben des Klienten



**D) Angaben zur Gesundheit (maximal die 5 wichtigsten Krankheiten ankreuzen !!)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akne  | <input type="checkbox"/> Allergien, welche: .....   |
| <input type="checkbox"/> Apfelallergie   | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose (Arterienverkalkung)   |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale   | <input type="checkbox"/> Blähungen  |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck zu hoch (Hypertonie)  | <input type="checkbox"/> Blutdruck zu tief (Hypotonie)  |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa  | <input type="checkbox"/> COPD   |
| <input type="checkbox"/> Depressionen  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2         |
| <input type="checkbox"/> Divertikulitis (Divertikel im Darm)   | <input type="checkbox"/> Dornwarzen an den Füßen. Wo: .....   |
| <input type="checkbox"/> Eierallergie  | <input type="checkbox"/> Eisenmangel  |
| <input type="checkbox"/> Endometriose  | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie   |
| <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz  | <input type="checkbox"/> Fussschweiss   |
| <input type="checkbox"/> Gallenblasenbeschwerden/-koliken  | <input type="checkbox"/> Gallenblasenentfernung (= Cholezystektomie)  |
| <input type="checkbox"/> Gallensteine (falls noch vorhanden)   | <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden, welche: .....   |
| <input type="checkbox"/> Getreideallergie auf folgendes Getreide: .....  |   |
| <input type="checkbox"/> Gicht   | <input type="checkbox"/> Glutenallergie   |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto-Thyreoiditis (Autoimmunerkr. Schilddrüse)   | <input type="checkbox"/> Harnsteinleiden (Urolithiasis)   |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheit, welche: .....  | <input type="checkbox"/> Herzleiden, welches: .....   |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen, Pollenallergie auf: .....   |   |
| <input type="checkbox"/> Histaminintoleranz  | <input type="checkbox"/> Hühneraugen an den Füßen. Wo: .....  |
| <input type="checkbox"/> Jodallergie   | <input type="checkbox"/> Kernobstallergie, welche: .....  |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz: <input type="checkbox"/> angeboren <input type="checkbox"/> später festgest. | <input type="checkbox"/> Lebensmittelallergie, welche: .....  |
| <input type="checkbox"/> Leber-Galle-Beschwerden   | <input type="checkbox"/> Long Covid   |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden, welche: .....   | <input type="checkbox"/> Meeresfrüchte-Allergie   |
| <input type="checkbox"/> Migräne   | <input type="checkbox"/> Milchallergie auf Kuhmilch   |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew  | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn   |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose   | <input type="checkbox"/> Neurodermitis  |
| <input type="checkbox"/> Nickelallergie  | <input type="checkbox"/> Nierenbeschwerden  |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine  | <input type="checkbox"/> Nussallergie, welche: .....  |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Pilzinfektion. Welche: .....   |
| <input type="checkbox"/> Polyzyklisches Ovar-Syndrom   | <input type="checkbox"/> Reflux   |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm  | <input type="checkbox"/> Rheuma   |
| <input type="checkbox"/> Roggenmehlallergie  | <input type="checkbox"/> Rosazea (eine Hautkrankheit)   |
| <input type="checkbox"/> Schalentiere-/Krustentiere-Allergie   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion   |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion   | <input type="checkbox"/> Schlafstörung  |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis)   | <input type="checkbox"/> Schwindel  |
| <input type="checkbox"/> Steinobst-Allergie, welche: .....   | <input type="checkbox"/> Übersäuerung: <input type="checkbox"/> Magen- oder <input type="checkbox"/> Körperübers. |
| <input type="checkbox"/> Urticaria / Nesselsucht   | <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden: welche: .....   |
| <input type="checkbox"/> Wechseljahrbeschwerden  | <input type="checkbox"/> Zöliakie / Sprue   |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Brustkrebs   | <input type="checkbox"/> Zustand nach anderem Krebs   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheit, genaue Beschreibung: .....  |   |

**Wichtig! Bitte lesen und unterschreiben (datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung):**

Ich bin damit einverstanden, dass alle meine angegebenen Daten zum Zweck der Planerstellung bei Metabolic Balance GmbH 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. Die Metabolic Balance GmbH löscht Ihre Daten 2 Jahre nach Erstellung des Ernährungsplanes. Danach ist ein Zugriff auf Ihren Ernährungsplan nicht mehr möglich.

**Fertig erstellte Metabolic Balance Ernährungspläne sind persönlich und verbindlich und können nach Erstellung nicht mehr storniert werden = verpflichten zum vollen Kaufpreis.**

**In die vorgenannte Verwendung meiner persönlichen Daten willige ich ein:**

**Unterschrift:** .....



**Naturheilpraxis  
Manfred Heggli**

Hohlenbaumstrasse 71 8200 Schaffhausen  
Tel 052 620 03 53 Fax 052 620 03 50  
naturheilpraxis-heggli@gmx.ch www.naturheilpraxis-heggli.ch

**E) Ich hätte gerne folgendes **metabolic balance®** Paket (bitte Gewünschtes beim **O** ankreuzen)**

**Komfortpaket A:**

Enthält das Basispaket & 5 Sitzungen Body Detox Körperentschlackung über die Füsse:

**CHF 1150.- + Labor**

**Komfortpaket B:**

Enthält das Basispaket & 5 Sitzungen maschinelle Presor Lymphdrainage:

**CHF 1450.- + Labor**

**Komfortpaket C:**

Enthält das Basispaket + 1 Kryolipolyse-Behandlung (= Zerstörung von Fettzellen durch Kälte an einer Problemzone Ihrer Wahl):

**CHF 1240.- + Labor**

**Basispaket:**

Beinhaltet Ihren persönlichen, auf Sie erarbeiteten metabolic balance® Ernährungsplan incl. ausführlicher Beratung, OHNE obige Komfortbehandlungen.

**CHF 750.- + Labor**

Die Rechnung für die Blutentnahme im Labor erhalten Sie direkt vom Labor und ist in den obigen Preisen nicht inbegriffen (Laborpreis, je nach Labor ca. CHF 150.-).

Die **Komfort-Behandlungen** in den Komfortpaketen A, B und C dienen zur weiteren **Beschleunigung Ihres mb-Abnehmprogrammes**. Die Behandlungen finden aus organisatorischen Gründen nicht am gleichen Tag wie die Ernährungsplanbesprechung statt.

Alle Behandlungen können Sie detailliert auf meiner Homepage nachlesen unter:

[www.naturheilpraxis-heggli.ch](http://www.naturheilpraxis-heggli.ch)

**Zahlungsvarianten an unsere Praxis (bitte gewünschtes ankreuzen):**

- Ich zahle den Gesamtbetrag der angekreuzten Variante bei der 1. Sitzung in **BAR (Standard)**.
- Ich zahle den Gesamtbetrag **im Voraus** ein (die QR-Rechnung bekommen Sie vorab per Post /Email).
- Ich zahle den Gesamtbetrag nach der 1. Sitzung mit Rechnung, zahlbar innert **5 Tagen**.
- Ich wünsche Ratenzahlung in 3 Raten: 1. Rate bei 1. Sitzung in bar, 2. Rate nach 30 Tagen, 3. Rate nach 60 Tagen. Zuschlag bei Ratenzahlung: 5% auf Gesamtbetrag.

Datum:.....

Unterschrift:.....

**Bitte senden Sie diese Angabenformulare (alle 3 Seiten *komplett* ausgefüllt) an:**

**Naturheilpraxis Manfred Heggli**

**Hohlenbaumstrasse 71, 8200 Schaffhausen**

[www.naturheilpraxis-heggli.ch](http://www.naturheilpraxis-heggli.ch) [naturheilpraxis-heggli@gmx.ch](mailto:naturheilpraxis-heggli@gmx.ch)