

## Anmeldebogen für die Ernährungsberatung



Damit ich mich auf Ihre Wünsche optimal einstellen kann, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Vor-und Nachname \_\_\_\_\_ Geschlecht: weibl  männl.

Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Meine derzeitige Tätigkeit mit Stundenanzahl p. Woche \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sitzende Tätigkeit                | <input type="checkbox"/> öfters gestresst   |
| <input type="checkbox"/> stehende Tätigkeit                | <input type="checkbox"/> manchmal gestresst |
| <input type="checkbox"/> körperlich anstrengende Tätigkeit | <input type="checkbox"/> selten gestresst   |
| <input type="checkbox"/> geistig anstrengende Tätigkeit    | <input type="checkbox"/> nie gestresst      |

Lebenssituation: (alleinlebend, Partnerschaft, verheiratet, Kinder,...)

**Ziele** (wenn mehrere, bitte nach Wichtigkeit nummerieren mit 1.,2.,3.,4.,...)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung         | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch                     |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsverbesserung      | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Diabetes        |
| <input type="checkbox"/> Wohlbefinden                 | <input type="checkbox"/> Allergietherapie                 |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme              | <input type="checkbox"/> Schmerzreduzierung               |
| <input type="checkbox"/> Gewicht halten               | <input type="checkbox"/> Entgiftung und Entschlackung     |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme              | <input type="checkbox"/> mehr geistige Leistung           |
| <input type="checkbox"/> Beseitigung von Essstörungen | <input type="checkbox"/> Verbesserung Herz-Kreislauf Sys. |

sonstiges:

Bin ich bereit, mich an einer Umstellung aktiv zu beteiligen und etwas zu verändern?



im Moment fehlt mir dafür die Energie    ja, aber Stück für Stück    ja, sehr  
Setzen Sie bitte Ihre Zahl auf die Skala (1 für wenig, 10 für viel)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Aus rechtlichen Gründen weise ich Sie darauf hin, dass meine Beratungsleistung keinen Besuch bei einem Heilpraktiker, Arzt oder Psychologen ersetzt. Ich erstelle keine Diagnosen und gebe keine Heilversprechen ab, sondern spreche lediglich Empfehlungen aus. Ebenso ersetzt meine Beratung auch keine vom Heilpraktiker oder Arzt verschriebenen Medikamente.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich dies verstanden zu haben.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 2 Tage vorher absagen muss. Später abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine können in Rechnung gestellt werden, wenn der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann, siehe AGB.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die AGB von Katharina Heußler – Lebe bewusst gelesen zu haben und erkläre mich mit diesen einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift