

Markiere schmerzhafte Körperstellen.

Name:

Körpergröße:

Gewicht:

Alter:

Welche Vorerkrankungen oder Beeinträchtigungen gibt es?

Kopfschmerzen nach dem Essen? JA/NEIN

Starke Müdigkeit nach dem Essen? JA/NEIN

Häufig Bauchschmerzen JA/NEIN Völlegefühl? JA/NEIN

Blähungen JA/NEIN sonstiges: _____

Auf einer Skala von 1-9 wie viel Energie hast du? _____

Liegen bekannte Nahrungsmittelallergien vor?

Gibt es vermutete Intolleranzen?

Gibt es Heißhunger auf: SALZ / SÜß / SAUER / FETT ?

Welche Ernährungsform praktizierst du?

Mischkost

Vegetarisch

Vegan

Ketogen

Andere:

Wurde in der Kindheit gestillt? JA/NEIN

Erkrankungen innerhalb der Familie(Eltern/Großeltern):

Wurde die Gallenblase entfernt? JA/NEIN

Bandscheibenvorfall oder Hexenschuss? JA/NEIN

Hohe Cholesterinwerte? JA/NEIN

Bluthochdruck (Wechseljahre)? JA/NEIN

Druck im Brustkorb / Herzhüpfen? JA/NEIN

Häufige Erkrankungen der Atemwege? JA/NEIN

Welche:

Hauterkrankungen/ Auffälligkeiten? JA/NEIN

Welche:

Schilddrüsenerkrankung? JA/NEIN

Welche:

Störungen im Bewegungsapparat? JA/NEIN

Welche: Rheuma / Muskelkrämpfe / Steifigkeit

Tinnitus? JA Hörsturz? JA Migräne? JA

Häufiger Pilzbefall? JA

Gibt es Zahnfüllungen? JA/NEIN

Welche: _____

Wurden Füllungen entfernt? JA/NEIN

Wie häufig treibst du Sport?

Welche Sportarten:

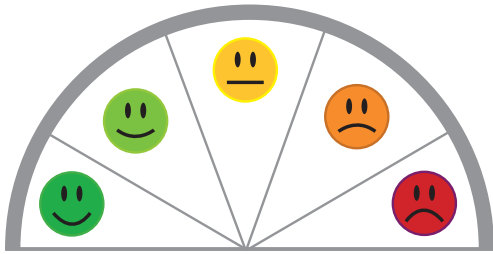
Schläfst du gut? JA/NEIN

Kommst du leicht aus dem Bett? JA/NEIN

Kannst du gleich nach dem aufstehen klar denken? JA/NEIN

Brauchst du einen starken Kaffee um ansprechbar zu sein? JA/NEIN

Wie gestresst bist du?



Einflussfaktoren:

Schlaf
Ernährung
Bewegung
Lärmbelästigung
Partnerschaft
Familienleben
Menschen
Job

Warum ist das dein Ziel? - Was soll sich dadurch konkret in deinem Leben ändern.

Deine Gedanken zum Beratungsgespräch:

Was ist dein Ziel? - Was möchtest du Erreichen?

Wie sehr möchtest du dein Ziel erreichen? Was passiert wenn du dein Ziel nicht erreichst?

Was hast du schon versucht um deinem Körper zu helfen?

Wenn du aus der IMMUN-Beratung raus gehst und die Beratung hat sich gelohnt, was ist dann persönlich bei dir passiert?

Was denkst du ist der Grund, warum deine Beschwerden immer noch bestehen?

Vor-/ Zuname:

Adresse:

Tel. / Mobil Nr.:

tagsüber erreichbar:

E-Mail:

Datenschutzerklärung

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Franziska von der Osten/ Franz-Bläsi.Str. 10 / 76646 Bruchsal

2. Welche Daten werden genutzt?

Es werden ausschließlich Daten gespeichert, die zur Behandlung und Abrechnung notwendig sind.

Dazu gehören:

Adressdaten (Name, Adresse / andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum, Geschlecht) Informationen über Ihren Gesundheitszustand, wie z.B. aus dem Fragebogen oder aus den Gesprächen heraus.

3. Zu welchem Zweck werden die Daten verarbeitet?

Beratung, Rechnungsstellung und ggf. Mahnverfahren

4. Wer bekommt Ihre Daten?

Ihre Daten werden ausschließlich an die nachfolgend genannten Dritten weitergegeben, es sei denn, ich bin gesetzlich dazu verpflichtet: Partner-Ernährungsberater, Steuerberater, Inkassounternehmen, Schufa. Ihre Daten werden ohne Ihre weitere Zustimmung nicht ins Ausland übermittelt.

6. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Daten, die sich aus Ihrer Beratung ergeben werden 10 Jahre gespeichert. Rechnungen werden nach geltendem Steuerrecht ebenfalls 10 Jahre vorgehalten. Sind die Daten für die Erfüllung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht.

7. Welche Datenschutzrechte und Widerrufrechte bestehen für Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf

Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

8. Bereitstellung Ihrer Daten

Mit Ihrer Unterschrift verpflichten Sie sich, die zu Ihrer Beratung und Abrechnung benötigten Daten bereitzustellen. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages / der Beratung oder die Ausführung des Auftrages / der Beratung ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

Haftungsausschuss

Alle Ernährungsempfehlungen sind unverbindlich und eigenverantwortlich auszuführen. Sollten Vor- oder Grunderkrankungen vorliegen, ist eine Absprache mit dem zu behandelnden Arzt zu empfehlen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Kursinformationen kein medizinisches oder gesundheitliches Heilverprechen darstellen. Für Unannehmlichkeiten oder Schäden durch unsachgemäße Umsetzung der Tipps, Informationen, Anleitungen oder Methoden übernimmt die Autorin keine Haftung.

Bitte informieren sie sich über die offiziellen Verzehrempfehlungen der WHO oder des Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC).

Nicht am IMMUN-Programm teilnehmen sollten Menschen die eine bestehende oder früher durchgemachte Essstörung (Magersucht oder Bulimie), eine unbeabsichtigte Gewichtsabnahme in den letzten 6 Monaten sowie bekannte Gallensteine bzw. Gallenbeschwerden haben. Sollten während der Ernährungsumstellung neue deutliche Beschwerden auftreten ist ein Arzt aufzusuchen.

Hiermit bestätige ich ausdrückliche die Verarbeitung meiner Daten in Zusammenhang mit einer Beratung bzw. eines Ernährungskurs. Die Angaben zum Datenschutz und den Haftungsausschluss habe ich gelesen.

.....
Datum

.....
Unterschrift AnmeldeIn