

### Angaben zur Person:

Nachname :..... Vorname:.....  
Geburtsdatum:.....Geschlecht:.....  
Anschrift:.....  
Telefon/Mobil..... E-Mail:.....

### Persönlich Daten zur Planerstellung:

Aktuelles Gewicht:.....kg Wunschgewicht:.....kg  
Größe:.....cm Wettkampfgewicht.....kg

### Angaben zur Gesundheit:

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzleiden | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Schwindel  | <input type="checkbox"/> Pilze           | <input type="checkbox"/> Depressionen    |
| <input type="checkbox"/> Asthma     |  |  |

Allergien:     Nein     Ja, welche.....  
.....

Medikamente:  Nein     Ja, gegen

<input type="checkbox"/> Blutfett	<input type="checkbox"/> Harnsäure
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Zucker

sonstige:.....  
.....

### Stoffwechsel-Anamnese:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Vitalitätsverlust        | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hormonelle Beschwerden    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |  |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme       |  |



### Stoffwechsel-Anamnese:

- Magen-Darm Pilze     Bluthochdruck     Magen-Darm Pilze

Bemerkung:.....  
.....  
.....  
.....

### Ernährungs-Anamnese:

Ich esse alles

#### Das esse ich nicht/selten:

- Fleisch, welches.....  
 Geflügel, welches.....  
 Fisch, welchen.....  
 Milchprodukte, welche.....  
 Gemüse/Salat, welches.....  
 Obst, welches.....

#### Das esse ich gerne:

- Fleisch, welches.....  
 Geflügel, welches.....  
 Fisch, welchen.....  
 Milchprodukte, welche.....  
 Gemüse/Salat, welches.....  
 Obst, welches.....

#### Bevorzugte Getränke:

- Wasser             Fruchtsaft             Light Getränke  
 Energy Drinks     Kaffee                 Tee  
 Alkoholische  Sonstige.....



Gesamt Getränke im Schnitt:.....Liter/pro  
Tag

**Bemerkung:**

.....

**Zusatzfragen:**

**Liegen Nahrungsmittel Allergien-/Unverträglichkeiten vor?**

Nein  Ja, welche.....

**Nutzt du Nahrungsergänzungen?**

- Protein  Vitamine/Mineralien  Fatburner  
 Booster  Glutamin  Bcaa/Eaa  
 Creatin  Aminosäuren  
 Sonstige:.....

**Zeitpunkt der bisherigen Mahlzeiten:**

- Frühstück:.....Uhr  1. Zwischenmahlzeit:.....Uhr  
 Mittag :.....Uhr  2. Zwischenmahlzeit:.....Uhr  
 Abend :.....Uhr  Vor dem Training :.....Uhr  
 Nachts :.....Uhr  Nach dem Training:.....Uhr

**Welche Ernährungsformen hattest du bisher ?**

- keine  metabolic balance  Atkins  
 low carb  vegetarisch  Protein reich  
 vegan  keine carbs weight watchers  
 sonstige, welche.....

**Wirst du von Zuhause unterstützt?**

Ja  Nein, warum nicht.....



**Zielsetzung und was erwartest du von dieser Ernährungsumstellung?**

.....  
.....  
.....

**Aktivitätenprotokoll**

**Leistungsumsatz Arbeit:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Bewegung     | <input type="checkbox"/> keine,wenig Bewegung           |
| <input type="checkbox"/> normale Bewegung   | <input type="checkbox"/> immer in Bewegung              |
| <input type="checkbox"/> körperliche Arbeit | <input type="checkbox"/> körperliche sehr anstr. Arbeit |

Beruf/Tätigkeit:.....

Stunden pro Tag:.....

**Leistungsumsatz Sport:**

- keinen Sport

Ausdauer pro Woche:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> leicht..... Std./Woche   | <input type="checkbox"/> mässig ..... Std./Woche     |
| <input type="checkbox"/> intensiv..... Std./Woche | <input type="checkbox"/> hochintensiv.....Std./Woche |

**Kraft-/Fitnessstraining pro Woche:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> leicht..... Std./Woche   | <input type="checkbox"/> mässig ..... Std./Woche     |
| <input type="checkbox"/> intensiv..... Std./Woche | <input type="checkbox"/> hochintensiv.....Std./Woche |

**Um die Pläne auf dich zu zuschneiden, füge bitte hinzu:**

- 3 Tage Ernährungsprotokoll
- angefordertes Blutbild
- Trainingsplan der letzten 6 Monate

**Rückantwort bitte an Thomas Holzer**



**CONCEPT 3 PLUS**  
by Thomas Holzer

+49 170 4154095 · thomas@concept3plus.com

[www.concept3plus.com](http://www.concept3plus.com)