

Analysefragebogen

(Version 4.7)

Name, Vorname:	.....
Geburtsdatum:	.....
Strasse:	.....
PLZ, Ort:	.....
Telefon (tagsüber):	.....
Handy:	.....
Email:	.....
Email 2:	.....
Tätigkeit, Beruf:	.....
Arbeitgeber, Funktion:	.....
Wer lebt mit Ihnen zusammen (Partner, Kinder+Alter):	.....
Krankenkasse/:	.....
Aktuelles Datum:	.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Fragebogen können wir für Sie ...

- die individuellen Ursachen Ihres Übergewichts erkennen
- Ihre persönlichen Gesundheits- und Unfallrisiken sowie allfällige Heilungs-/Linderungschancen abschätzen
- Ihre Motivation und Erfolgchancen beurteilen
- die richtigen Empfehlungen erarbeiten und Prioritäten setzen für die geeignetsten Gewichtsreduktionsmassnahmen
- Ihnen bei hohen Erfolgchancen die grundsätzliche Zulassung zu einem Rebalance-Kurs (telemedizinische Einzelcoaching) bewilligen ODER
- Eine Alternative , aus unserer Sicht geeignetere Handlungsweise empfehlen
(z.B. Medikamentenwechsel, Zuwarten, Gespräch mit Hausarzt, Alternativbehandlung, Parallelbehandlung)

Die Kosten für diese persönliche Analyse und Beratung belaufen sich auf einmalig 140.- (ohne weitere Verpflichtung).

Bei einer Anmeldung zum Kurs wird Ihnen diese Einmalgebühr erlassen. Ihre Präferenz können Sie am Schluss des Fragebogens ankreuzen.

Nun dürfen wir Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig und ehrlich zu beantworten. Sie werden dazu mindestens 30 Minuten Zeit benötigen.

Wir bitten Sie, den Fragebogen am Bildschirm auszufüllen (er kann von unserer Webseite www.rebalance-group.ch heruntergeladen werden), den ausgefüllten Fragebogen bei sich zu speichern und eine Kopie davon an uns zu mailen. Alternativ können Sie den Fragebogen auch auf Papier ausdrucken/ausfüllen und per Post einsenden. Einsende-Emailadresse und Postadresse finden Sie am Schluss des Fragebogens.

Welche Vorstellungen haben Sie betreffend einer dauerhaften Gewichtsreduktion?

Wunsch-Gewicht kg		Aktuelles Gewicht kg		Körpergrösse m:	
-------------------	--	----------------------	--	-----------------	--

(-10% bis -15% vom aktuellen Gewicht sind in einem ersten Schritt realistisch und bereits stark gesundheitsfördernd)

Aktueller BMI:		kg/m ²
----------------	--	-------------------

(BMI = Gewicht in kg / Grösse in m / Grösse in m, z.B. 120 kg / 1.72 m / 1.72 m = 40, 6 kg/m²)

Erwartete Vorteile einer Gewichtsreduktion: (Ihre Motivation)	<input type="checkbox"/> Bessere Gesundheit (Was?): (Diabetes, Hypercholesterinämie, Bluthochdruck, Versch. Krebsarten, Rücken-/Gelenkschmerzen, Gicht, ARthrose, Astma, Schlafstörungen, Schnarchen) <input type="checkbox"/> Geringere Unfallrisiken (Sekundenschlaf, Sportverletzungen, ...) <input type="checkbox"/> Besser Schlafen – weniger Schnarchen <input type="checkbox"/> Persönliches Wohlbefinden <input type="checkbox"/> Äusseres Erscheinungsbild (Attraktivität)
--	--

	<input type="checkbox"/> Zukünftige Gesundheitskosten einsparen (durchschnittlich 15'000 an Franchise & Selbstbehalt von Krankenkasse für Restlebenszeit (Bsp. 50-Jährige/r) + 18'000 durchschn. günstigere Prämie auf Zusatzversicherungen bei Kassenwechsel ohne Vorbehalt)
--	--

Wie wichtig ist Ihnen die Gewichtsreduktion? (z.B. wichtiger als ein Schmuckstück, eine Ferienreise, ein neues Auto)	
---	--

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Konservative Therapie, nur mit Ernährungsumstellung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ernährungsumstellung mit Unterstützung von Medikamenten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Übergewichts-Operation (Bariatrische Chirurgie) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Was könnten Sie sich als lebenslange Umstellung Ihrer Ernährungsmuster vorstellen? Was wäre ok/nicht mehr ok?	
--	--

Was würde Ihr Lebenspartner tun (fragen Sie ihn), um Ihre lebenslange Ernährungsumstellung zu unterstützen? Was wäre ok/nicht mehr ok?	
--	--

Haben Sie eine Bereitschaft für mehr Bewegung/Sport? Wieviel?	
---	--

Welche Hobbies wollten Sie schon immer mal beginnen/vertiefen?	
--	--

- Haben Sie das Gefühl aufgrund Ihres Gewichtes diskriminiert zu werden?
- | | | |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Auf der Strasse | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Im Beruf | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Privat | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Andere empfundene Nachteile Ihres Übergewichts?	
---	--

Wer in Ihrem Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn, Bekannte, Verwandte, aktuelle und ehemalige Arbeits-/Vereins-Kollegen), könnte ggf. interessiert sein, das Thema Gewichtsreduktion gemeinsam mit Ihnen anzupacken?	
---	--

Familienanamnese

Wer in Ihrer Familie ist übergewichtig?

Vater	<input type="checkbox"/>	Bruder	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	Schwester	<input type="checkbox"/>
Grossmutter, väterlicherseits	<input type="checkbox"/>	Sohn	<input type="checkbox"/>
Grossvater, väterlicherseits	<input type="checkbox"/>	Tochter	<input type="checkbox"/>
Grossmutter, mütterlicherseits	<input type="checkbox"/>	Onkel	<input type="checkbox"/>
Grossvater, mütterlicherseits	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>

Erkrankungen in der Familie? (bitte alles zutreffende ankreuzen):

Blutzucker (Diabetes mellitus), wenn ja wer?		
Typ 1 (bereits als Kind)	<input type="checkbox"/>
Typ 2 (Alters-Zucker)	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	
Blutfettwerte (Hypercholesterinämie)	<input type="checkbox"/>	
Essstörungen (Bulimie, Anorexie)	<input type="checkbox"/>	
Depression	<input type="checkbox"/>	

Krebs-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	wer was?
------------------	--------------------------	----------------

Persönliche Anamnese

Ihr Gewichtsverlauf

Waren Sie bereits als Kind übergewichtig

ja nein

Waren Sie bereits als Jugendlicher übergewichtig

ja nein

Wann begann die Gewichtszunahme :

nach Schwangerschaft, nach Heirat, nach den Wechseljahren, bei Berufsbeginn, Stellenwechsel, Scheidung, etc.) und können Sie Gründe angeben?	
nach einer emotionalen Belastungsphase (Scheidung, Todesfall, Arbeitsplatzprobleme etc.)? Falls ja, welcher Art?	

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

Diabetes mellitus Typ 2 (Altersdiabetes)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Kurzatmigkeit (Anstrengungsdyspnoe)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Bluthochdruck (arterielle Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Erhöhte Blutfette (Dyslipidämie, Hypercholesterinämie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Erhöhte Harnsäure/Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Thrombose, Embolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Wassereinlagerungen (Ödeme)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Refluxerkrankung (saures Aufstossen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Unkontrollierter Verlust von Harn oder Stuhl (Inkontinenz)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Hüftbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Kniebeschwerden (Gonalgie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Fussgelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Fersenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	.....

Wenn ja, gegen was?	
---------------------	--

Nur Frauen: PCO (polycystisches Ovar)

ja nein

Hatten Sie Schwangerschaften

ja nein

Gewichtszunahme pro Schwangerschaft?	
--------------------------------------	--

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt oder Spezialist im Zusammenhang der obengenannten Erkrankungen?

(Name, Ort)	
-------------	--

Welche operativen Eingriffe wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?

(Art, Jahr, Arzt)	

Rauchen Sie?

ja nein

wenn ja, wie viele Päckli/Tag?	
--------------------------------	--

wenn nein, haben Sie früher geraucht?

ja nein

wenn ja, wie viele Päckli/Tag?	
--------------------------------	--

Alkohol?

ja nein

Wenn ja, wie viel/Woche im Durchschnitt?

Bier		dl/Woche (1 Glas entsprechen 2.5 dl)
Wein		dl/Woche (1 Glas ist ca. 1 dl)
Andere alkoholische Getränke		dl/Woche

Andere Suchtmittel?

ja nein

wenn ja, welche?	
wenn nein, früher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wann stopp, Menge/Tag vorher?	

Medikamentenanamnese

(unbedingt ALLE regelmässig eingenommenen Medikamente aufführen, z.B. auch orale Kontrazeption=Antibabypille)

Name	Mg	Tabletten, Brause, Pulver, Tropfen, ...	Dosierung (morgen-mittag-abend)
z.B. Cosaar	5 mg	Tabletten	1-0-0
.....
.....
.....
.....
.....

Bewegungsanamnese

	Anzahl Stunden pro Tag	
	An Wochentagen	Am Wochenende
1. Stufe Schlaf
2. Stufe Langsames Spazieren, Büroarbeit, leichte Hausarbeit, Stricken, etc.
3. Stufe Haus streichen, leichte Objekte heben, LKW fahren, Rasenmähen, Fensterputzen, Tanzen, Wandern, Schwimmen, Ping-Pong, etc.
4. Stufe Körperliche Arbeit, Bauarbeiten, Schreinerei, Tennis, Disco, etc.
5. Stufe Harte Arbeit, Holz hacken, schwere Lasten tragen, Jogging, Fussball spielen, etc.
Total	<u>= 24 Stunden</u>	<u>= 24 Stunden</u>

Ernährungsanamnese (Was essen Sie an normalen Arbeitstagen?)

Frühstück (z.B. 2 Tassen Kaffee mit Kaffeesahne, Tee, Zucker, Zitrone, 2 Brötchen, ca 20g Butter, 1 Esslöffel Marmelade, etc.)	.....
Im Laufe des Vormittages (z.B. 1 Fruchtjoghurt, 1 Stück Obst, 1 Schokoriegel, etc.)	.....
Mittagessen (z.B. normales Menü, gerne mit Sauce, mit Suppe, ohne Dessert, im Restaurant, in der Kantine, nur 1 Sandwich, Portion (Restaurantportion, mit Nachschlag?, etc.)	.....
Im Laufe des Nachmittages (z.B. Kekse, Kuchen, Schokolade, Obst, Joghurt, etc.)	.....
Abends (z.B. Zuhause, eher im Restaurant, was Schnelles, vollständiges Menü, eher kalt, Brot, Butter, Käse, Salami, Schinken, etc.)	.....
Später , im Laufe des Abends? (z.B. Schokolade, Kekse, Nüsse, Chips, Obst, Joghurt, Brot, Käse, Wurstwaren, etc.)	.....

Trinkmenge

Weniger als 1 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	In dl pro Tag
1 bis 1.5 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Mineral, ZERO / Lig-Getränke

1.5 bis 2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Tee, Kaffee	.....
2 bis 2.5 Liter/Tag	<input type="checkbox"/>	Milch	.....
3 und mehr/Tag	<input type="checkbox"/>	Apfelsaft, Fruchstäfte	.....
		Süssgetränke	.....
		Sonstiges: .....	.....

Allgemeines zu Ihren Essgewohnheiten

- Fühlen Sie sich krank, weil Sie ungewöhnlich viel gegessen haben? ja nein
- Haben Sie Angst/Bedenken die Kontrolle über die Essmenge zu verlieren? ja nein
- Haben Sie kürzlich mehr als 6 kg in 3 Monaten verloren? ja nein
- Beurteilen Sie sich zu dick, während die anderen Sie als zu dünn bezeichnen? ja nein
- Dominieren Essen und Nahrung Ihr Leben? ja nein
- Haben Sie süsse Tendenzen? ja nein
- Haben Sie prämenstruell vermehrte Gelüste? (nur Frauen) ja nein
- Haben Sie Essattacken (binge eating)?
(unkontrolliertes, schnelles Einnehmen von sehr grosse Mengen mit anschliessend unangenehmem Gefühl?) ja nein
- Kompensieren Sie Frust, Stress, Trauer oder Freude mit Essen? ja nein
- Könnten Sie ständig essen ohne je ein Sättigungsgefühl zu haben? ja nein
- Kommt es vor, dass Sie nachts nochmals essen? ja nein
- Achten Sie auf den Fettverbrauch beim Kochen (Butter, Öl, Rahm)? ja nein
- Nehmen Sie gerne Kräuterbutter, Saucen und Mayonnaise? ja nein
- Haben Sie regelmässig etwas paniertes, frittiertes, Gratiniertes auf dem Teller? ja nein

Welcher Esstyp sind Sie?

Sortieren Sie nach Priorität (6 = hohe Priorität bis 1 = tiefe Priorität):

a) Grosser Esser/Schlinger (Big Eater /Gorger) d.h. Sie essen gerne und reichlich. Das natürliche Sättigungsgefühl ist aus dem Gleichgewicht oder es fehlt ganz, es muss wieder in Balance gebracht werden.	
b) Süss-Esser (Sweet Eater) d.h. Sie essen bei Tisch meist normale Mengen, naschen aber viel. Stress und Ärger bringt sie dazu, viele Süssigkeiten zu essen.	
c) Fett-Esser (Fat Eater) d.h. Sie lieben alles, was deftig undherzhaft ist. Das ist oft reine Gewohnheitssache und kann in kleinen Schritten wieder abgewöhnt werden. Kleine Schritte deshalb, weil fettreiche Nahrungsmittel besonders reich an Geschmack sind und sich der Gaumen nur langsam wieder an feinere, leichtere Nahrungsmittel gewöhnen kann.	
d) Knabberer/Schnauser/Snack-Esser (Nibbler/Grazer/Snack Eater) d.h. Sie essen viele Male pro Tag und dies nicht, weil sie hungrig sind, sondern aus Lust und Gewohnheit. Ihr Essverhalten ist unkoordiniert, sie merken gar nicht, welche Mengen sie zu sich nehmen. Sie haben keine Zeit zum Kochen und essen oft im Stehen oder im Vorübergehen.	
e) Nacht Esser (Nightly Eater) d.h. Sie erwachen nachts mit einem regelrechten Heiss hunger. Die Hintergründe sind ähnlich wie beim Süssesser oder beim Snackesser.	
f) Zwangs-Esser (Binge Eater)	

d.h. Sie leiden unter Fressattacken, während denen sie in kurzer Zeit sehr grosse Mengen Nahrung in sich hineinstopfen. Sie haben danach ein schlechtes Gewissen und nehmen sich erfolglos vor, es nie wieder zu tun. Sie warten meistens zu lange mit Essen, so lange, bis sie enormen Heisshunger haben.

Ernährungsprozess-Analyse

Wer kauft bei Ihnen zu Hause ein:	
Wer kocht abends:	
Wer isst mit Ihnen abends:	
Essensvorlieben anderer Familienmitglieder:	
Wo ernähren Sie sich tagsüber (werktags):	

Wie oft passiert es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?

(nie = 0, selten = 1, gelegentliche = 2, oft = 3)

Pathologisches Resultat bei Totalwert > 10

Beim Lesen	
Beim Fernsehen	
Im Theater, im Publikum	
Als Beifahrer im Auto (< 1h)	
Beim Hinlegen am Nachmittag	
Beim Sprechen (sitzend)	
Im Sitzen, nach dem Essen (ohne Alkohol)	
Beim Autofahren, Anhalten vor dem Rotlicht	
Total Punktwert:	

Diäten und andere Gewichtsreduktions-Programme

Für eine korrekte Beurteilung Ihres Gewichtsproblems ist es wichtig, Ihre bereits durchgeführten Diäten zu kennen.

Die nachfolgende Liste der Diäten/Programme sollte folgende Angaben enthalten:

- Wann? (Jahr)
- Dauer? (in Wochen, Monaten, Jahren)
- Was wurde gemacht? (Fettreduziert, Kohlehydratarm, Medikamente, etc.)
- Bei wem? (Arzt, Ernährungsberatung, Weight Watchers, etc.)
- Wieviel konnten Sie damit abnehmen?
- Wieviel haben Sie nachher wieder zugenommen?
- Was hat das gekostet?

	Jahr	Dauer der Diät	Welche Diät?	Arzt, Ernährungsberatung, Weight Watchers, etc.	Gewichtsverlust (Angabe von Anfangs- und Endgewicht)	Anschliessende Gewichtszunahme mit Zeitangabe	ca. Kosten
	z.B. 1990	6 Monate	Weight Watchers	Weight Watchers	95 kg => 87 kg, 8 kg Abnahme	10 kg, innerhalb von 9 Monaten	CHF 500.-
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Warum haben diese Diäten/Programme nicht funktioniert (oder nur mit anschliessendem Jojo)?

Was war das Problem, das Störendende/Unbefriedigende, die Erschwernisse?	
--	--

Zusammenfassung Übergewichtsursachen:

Welche **nicht/kaum beeinflussbaren** Übergewichtsursachen treffen auf Sie zu?

- Gene (genetische Prädisposition, d.h. Überernährung führt zu Fetteinlagerung)
- Zunehmendes Alter
- Geburten
- Raucherstopp
- Erkrankungen/Unfälle
- Sonstiges:

Priorisieren Sie die folgenden **beeinflussbaren** Übergewichtsursachen („6“ wichtige Ursache bis „1“ Unbedeutende Ursache)?

- Essverhalten (zuviel Fett und Kohlehydrate)
- Trinkverhalten (Süßgetränke)
- Snacking (zwischen den drei Hauptmahlzeiten)
- Schlafverhalten (zu wenig Schlaf unter der Woche, Nachholbedarf am Wochenende)
- Einkaufsverhalten (es werden zu wenig fett-/kohlehydratarme Produkte eingekauft: d.h. zuwenig Fisch/Fleisch/Krustentiere, Gemüse, Suppen, Eierspeisen, geeignete Milchprodukte)
- Viele Diäten hinter sich (mit Jojo-Effekt)
- Stress-Essen
- Langeweile-Essen
- Frust-/Trost-Essen
- Ev. wassertreibende Medikamente
- Wenig Kochkenntnisse
- Keine Lust/Zeit zum Kochen
- Lebenspartner/Familie nur schwer zu involvieren/motivieren
- Geschäftskollegen/-innen nur schwer zu involvieren/motivieren (Drinking statt Snacking am Arbeitsplatz)
- Wenig Bewegung

Ernährungsumstellungs-Kurs

(Kondition per Juni 2020 – Änderungen vorbehalten)

Welchen Kurstyp wünschen Sie (Professionelle Betreuung/Begleitung über ein bzw. zwei Jahre)?	Langzeitserfolgsquote
Gruppenkurs <input type="checkbox"/> (140.-/Monat pp) – mit Erfahrungsaustausch und Gruppenmotivation mit 5-15 Teilnehmer (fixe Termine)	80%
Einzelcoaching <input type="checkbox"/> (140.-/Monat pp) – mit 7-10 kürzeren persönlichen+telefonischen Sessionen (zeitlich+örtlich flexibel)	80%
Ursachenanalyse <input type="checkbox"/> 140.-/einmalig – Analyse Ihrer individuellen Übergewichtsursachen aufgrund dieses Fragebogens sowie telefonische Beratung über geeignete Therapiemöglichkeiten und deren Chancen/Nutzen für Sie sowie Klärung Ihrer Fragen. Bei Teilnahme in einem anschließenden Gruppenkurs oder in einer Einzel-/Zweierbehandlung werden Ihnen diese Analysekosten erlassen.	

In obigem Gruppenkurs oder Einzelcoaching behandlung sind enthalten:

- Individuelle medizinische Vorabklärung (Ursachen-Analysefragebogen)
- Kursmethodik (130 Folien) auf neuestem schulmedizinischem Stand
- Professionelle Begleitung/Coaching durch geschultes Personal/Ärzte mit hohen Erfolgsraten über ein bis zwei Jahre
- Monatlicher saisonal abgestimmter Rezeptenewsletter per Email
- exkl. allfälliger Medikamente und hausärztlicher Begleitung (meist durch Krankenkassen bezahlt)

Ich wünsche eine Verkürzung der Laufzeit von 24 auf 12 Monate. Dies ist nur möglich, falls Ihr Übergewicht < 10% ist (d.h. BMI < 27.8) oder falls Sie im Rahmen einer Kick-Off-Week in einem Hotel teilgenommen haben.

Ich wünsche den Kurs, Einzelberatung oder Analysegespräch auf deutsch oder englisch

Name des Ehe-/Lebenspartners	
Email des Ehe-/Lebenspartners	

(Für Rezeptvorschläge, welche wir Ihnen und Ihrem Ehe-/Lebenspartner monatlich per Email gerne zustellen. Dies mit dem Ziel, dass Sie daraus gemeinsam neue Lieblings Speisen entdecken – dieses Rezeptvorschläge sind in den Kurskosten inbegriffen und verursachen keine Zusatzkosten für den Empfänger – der Rezeptnewsletter kann jederzeit wieder abbestellt werden)

An folgenden Wochentagen ist es mir grundsätzlich möglich, einen Abendkurs zu besuchen:

- Montag
- Dienstag

- Mittwoch
 Donnerstag
 Freitag
 Samstags (tagsüber)

Für ein telefonisches Beratungsgespräch: wann wären Sie unter welcher Telefonnummer am besten erreichbar?

Wann?		Telefon-Nummer?	
-------	--	-----------------	--

Bei gewünschtem Gruppenkurs: Wo möchten Sie den Kurs besuchen? Kurse finden in: Bern, Tramelan/Biel, Baar, Chur, Andelfingen und Zürich, demnächst auch in Basel, Winterthur, Schaffhausen, St. Gallen, Luzern, Hochdorf, Olten (siehe Webseite) statt

Kurs-Ort:	
-----------	--

Zahlungswunsch

- Vorauszahlung mit 2% Skonto : wir senden Ihnen eine Rechnung mit dem Gesamtbetrag – 2% Skonto für Begleichung innert 30 Tagen
 Email mit elektronischer Zahlungsmöglichkeit (monatliche Abbuchung auf Kreditkarte)
 Dauerauftrag mit monatlichen Überweisungen: wir senden Ihnen ein Formular, welches Sie ausfüllen und an Ihre Bank/Post weiterleiten können.

Ein Abbruch oder Unterbruch des Kurses ist in zwingenden Fällen (z.B. Umzug, Auslandsaufenthalt, Schwangerschaft oder bei ausbleibendem Gewichtsreduktionserfolg) auf Antrag möglich. Ansonsten bleibt das Kursgeld geschuldet. Wir empfehlen Ihnen daher, den Kurs nicht zu beginnen, falls ein solcher Abbruch oder Unterbruch bereits heute absehbar ist. Die ersten zwei Monate nach Vertragsabschluss gelten als Probezeit, um Ihren Kursleiter und allfällige Gruppe kennenzulernen. Bei Kündigung in den ersten zwei Monaten müssen die Kursunterlagen an Rebalance retourniert werden.

Ohne Kündigung während dieser zwei Monate verlängert sich die Vertragslaufzeit auf zwei Jahre. Während dieser Laufzeit kann der Vertrag ebenfalls jederzeit gekündigt werden, aber nur im Falle, dass das Programm bei Ihnen keine messbaren Erfolge erzielt (Gewicht höher als Ausgangsgewicht).

Informationskanäle

Über welche Informations-Kanäle haben Sie von Rebalance und unseren Kursen gehört/sich informiert?
 (bitte mehrere Kreuze setzen)

- Suchmaschine/Social-Media: Google Bing Facebook - gesucht nach Stichwort:
- Suchmögliche Empfehlung: eines Arztes eines/r Kursteilnehmers/in Bekannte/Verwandte eines/r Kursleiters/in - Wer?
- TV: TeleZüri - TalkTäglich mit Markus Gilli, Willy Bischofberger und Dr. med. David Infanger
 TV: TeleZüri - Checkup, das Gesundheitsmagazin mit Igor Zilincan und Portraits von drei Kursteilnehmerinnen
 Online-Zeitungen: 20 Minuten-Online (inkl. Wettbewerb)
 Zeitungen: Basler Zeitung Berner Zeitung Zuger Boote Bündnerwoche Oltener Tagblatt Andere:.....
 Zeitschriften: Apothekermagazin Seesicht Le Menue Andere:
- Spital: Patientenmagazin des Spitals Webseite des Spitals Publikumsvortrags-Flyer des Spitals Spital-TV
 Rebalance: eMailing von Rebalance Rezepte-/Newsletter Rebalance-Webseite Flyer Publikumsvortrag
 Andere Informationsquelle(n):

Einladung

Möchten Sie ev. weitere Bekannte/Verwandte/Nachbarn/Kollegen zum gemeinsamen Kursbesuch einladen? Wenn ja wen?

Namen von Personen, die Sie selber kontaktieren	
Namen und Email von Personen, die wir kontaktieren und Kursunterlagen zustellen sollen	

Generelle Bemerkungen:	
------------------------	--

Nächste Schritte:

- Mailen Sie diesen ausgefüllten Anmeldefragebogen an christine.heger@rebalance-group.ch

- Alternativ per Post an Rebalance, z.H. Christine Heger, Sandstrasse 25,CH- 5412 Gebenstorf, Schweiz

Bestätigung

Mit Ausfüllen und Zusenden dieses Anmeldefragebogens an die obengenannte Adresse bestätigen Sie folgende Punkte, dass:

- § Sie beantragen und genehmigen, dass Rebalance bei einer erfolgreichen Kurszulassung eine Vertragsbeziehung mit Ihnen aufnimmt;
- § Die Angaben auf diesem Anmeldefragebogen wahrheitsgetreu, korrekt und vollständig sind;
- § Sie damit einverstanden sind, dass Rebalance alle Informationen über Sie vertraulich behandelt und an Drittpersonen (z.B. Hausärzte) nur dann vermittelt, falls diese von Berufs wegen oder per Vertrag an die vertrauliche Behandlung der übermittelten Informationen verpflichtet sind.

Besten Dank für das sorgfältige Ausfüllen dieses Fragebogens. Unsere ärztliche Zulassungsstelle wird diesen genauso sorgfältig prüfen. Wir werden Sie kontaktieren bzgl. Zulassungsentscheid, resp. telefonische Beratung. Sollten wir Ihnen keine hohe Langzeiterfolgsrate garantieren können, werden wir uns erlauben, Ihnen eine aus unserer Sicht geeignetere alternative Vorgehensweise zu empfehlen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Rebalance Team

Dr. med. Kristina da Fonseca- Engelhardt, Olten

Dr. med. Martina Gloor, Cham/Baar

Dr. med. Achim Gooss, Zürich

Dr. med. David Infanger, Zürich

Dr. med. Barbara Lampérth, Biel

Dr. med. Mirna Lukas, Bad Oldesloe(DL)

Dr. med. Birgit Mettke-Senf, Bern

Dr. med. Charlotte Sadowski, Chur

Dr. med. Alex Stalder, Basel

Dr. med. Catja Wyler van Laak, Andelfingen

Christine Heger, Leiterin Administration

Luca Marrer, Leiter Kommunikation

Willy Bischofberger, Präsident

