

# ERNÄHRUNGSBERATUNG

Ihr Name / Logo  
(optional)

Datum:

## Kunde

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Befund und Anmerkungen

Platz zum Eintrag des Befunds und allfälliger Besonderheiten des Kunden für Ihren Kundenakt.

## Empfohlene Ernährungsinformationen

Bitte E-Mailadresse angeben!

Ja, bitte um kostenfreie Zusendung folgender Ernährungsinformationen an meine E-Mail-Adresse:

<input checked="" type="checkbox"/> Informationen	<input checked="" type="checkbox"/> Informationen
<p><b>FORUM VIA SANITAS Informationsservice</b></p> <p>Wählen Sie die passenden Informationen individuell für Ihren Kunden aus. Ihr Kunde erhält diese Informationen <u>kostenfrei per E-Mail</u>. Auf Wunsch versendet das FORUM VIA SANITAS für Sie Ihre eigenen Praxisinformationen! Ein Informationsservice für Förderer des FORUM VIA SANITAS!</p>	

## Empfohlene Nährstoffpräparate

Produktbezeichnung	Verzehrempfehlung Morgen Mittag Abend
<p><b>NÄHRSTOFFEMPFEHLUNG</b></p> <p>Platz die in Ihrer Ernährungsberatung empfohlenen Nährstoffpräparate samt Verzehrempfehlung. Zum Beispiel: „1 – 1 – 1 Tropfen“ bedeutet je 1 Tropfen morgens, mittags und abends.</p>	

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Beraters