

שאלון מקדים ליעוץ תזונתי

תאריך: _____

שם מלא: _____ גיל: _____ מין: ז'ג גובה: _____ משקל: _____

מטרות התהליך התזונתי:

1. _____

2. _____

3. _____

האם עשיתם מהלך תזונתי כלשהוא בעבר? כן/לא, אם כן, נא לפרט: _____

האם אתם נוטלים כדורים/תרופות כלשהן? כן/לא, אם כן, נא לפרט: _____

האם אתם נוטלים ויטמינים/מינרלים כלשהם? כן/לא, אם כן, נא לפרט: _____

האם היו לכם בעיות רפואיות בעבר? אם כן, נא לפרט:

איזה בעיות רפואיות יש לכם כיום?

האם יש משהו אחר שחשוב לכם ליידע אותנו?



1-700-701-301

דוא"ל: info@dreamercenter.co.il • אתר אינטרנט: www.dreamercenter.co.il

כנפי נשרים 13, בית ענבר קומה 3, ירושלים | בית הרופאים, שפרינצק 3, תל-אביב
פקס: 077-9982-448 | פקס: 03-6420266

זהו יומן תזונה עבור שלושה ימי חול ושבת. נא מלאו בתוכו כל מה שאתם אוכלים ושותים בימים אלו.
 חשוב לפרט כמה שיותר, כך נוכל לתת את המענה המתאים.

שבת	3	2	1	יום\שעה
				בוקר
				10:00
				צהריים
				16:00
				ערב
				מספר כוסות מים



1-700-701-301

דוא"ל: info@dreamercenter.co.il • אתר אינטרנט: www.dreamercenter.co.il

כנפי נשרים 13, בית ענבר קומה 3, ירושלים | בית הרפאים, שפרינצק 3, תל-אביב
 פקס: 077-9982-448 | פקס: 03-6420266