

מטופל יקר, הכנס לתוך הטבלה את תפריטך היומי, בהתאם ליום ולשעה. אנא השתדל לעשות זאת במדויק ולפרטי פרטים.

שם: _____ תאריך: _____

האם הינך לוקח תוספי מזון (ויטמינים) כן/לא, אם כן, פרט: _____

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

הערות: _____

1-700-701-301

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

רחוב לוחמי הגטאות 5, ירושלים | בית הרופאים, שפרינצק 3, תל-אביב
פקס: 02-5632363 | פקס: 03-6420266