

فرم مشاوره رژیم درمانی / / تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

جنسیت: سن: قد: وزن:  
میزان تحصیلات: شغل: آدرس: ایمیل:  
تلفن/ موبایل:

لطفا نام و نام خانوادگی پرداخت کننده وجه، شماره پیگیری، تاریخ واریز، 4 رقم آخر کارت خود را بنویسید و چنانچه از طریق PayPal وجه را واریز نموده اید آدرس ایمیل واریزکننده و تاریخ واریز را ذکر نمایید.

لطفا اندازه قسمت های مختلف بدن خود را بنویسید:

دور کمر (از روی ناف): دور بازو (در حالی که آرنج خم می باشد):  
دور گردن (از زیر غده تیروئید): دور ران پا (در حالت ایستاده و از وسط ران اندازه گیری شود):

لطفا بنویسید برای درمان چه نوع ناراحتی و بیماری قصد آغاز درمان را دارید: (درمان چاقی، لاغری، کمبود انرژی و ...)

آیا سیگار می کشید؟ بطور متوسط چند نخ در روز؟

آیا مشروب می نوشید؟ به چه میزان؟

آیا از مواد مخدر استفاده می کنید؟

بطور متوسط چند لیوان چای یا قهوه در روز می نوشید؟

آیا ورزش می کنید؟ چه نوع ورزشی و چند ساعت در هفته؟

چند ساعت خواب شبانه دارید و آیا با مشکلاتی از قبیل بی خوابی و یا نیاز بیش از حد به خوابیدن مواجه هستید؟ لطفا توضیح دهید.

آیا زندگی پر استرسی دارید؟

آیا با کمبود انرژی و خستگی مواجه می باشید؟

اگر به بیماری (هایی) مبتلا هستید، لطفا به طور کامل توضیح دهید.

لطفاً سابقه هر گونه بیماری در خانواده مادری و پدری مانند سرطان، دیابت، فشار خون، آلزایم و... را بطور کامل بنویسید.

اگر به مشکلات روانی مانند افسردگی، وسواس، عدم کنترل عصبانیت و یا احساسات، بی‌قراری و... مبتلا هستید، لطفاً به‌طور کامل توضیح دهید.

لیست کامل داروها و یا مکمل‌های غذایی که در حال حاضر مصرف می‌نمایید را بنویسید.

اگر در چند ماه گذشته آزمایش خونی انجام داده‌اید، لطفاً نتیجه و جزئیات آن را بنویسید.

برنامه غذایی فعلی خود را به‌طور کامل بنویسید. (صبحانه، ناهار، شام، میان‌وعده‌ها، نوع نوشیدنی‌ها و میزان آن و...)

تمایل به خوردن چه نوع مواد غذایی بیشتر دارید؟ (شیرینی‌ها، مواد شور، مواد ترش و...)

در پایان اگر توضیحی مازاد درباره شرایط جسمانی و یا روانی خود دارید، لطفاً بنویسید.

نام و نام خانوادگی پرکننده فرم و امضا: