

تاریخ: / / فرم مشاوره رژیم درمانی

نام و نام خانوادگی:

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

آدرس ایمیل خود را خوانا بنویسید برنامه از طریق ایمیل برایتان ارسال خواهد شد.

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.

از چه طریقی با ما آشنا شده اید، گوگل، اینستاگرام، معرفی دوستان، سایر؟

اگر پرونده دارید و قبلا برنامه از بنده دریافت کرده اید، لطفا ذکر کنید چند دوره برنامه دریافت کرده اید و همچنین میزان تاثیر برنامه دوره قبل خود را ذکر کنید:

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 دو عکس از بدن خود به شکل مستقیم و از پهلو بطوریکه صورت شما مشخص نباشد اما بالا و پایین تنه (از گردن به پایین) مشخص باشد گرفته و همراه با فرم ارسال نمایید، البته اگر قصد دریافت برنامه کاهش یا افزایش وزن دارید.

لطفا بنویسید برای درمان چه نوع ناراحتی و بیماری قصد آغاز درمان را دارید: (درمان چاقی، لاغری، کمبود انرژی، برنامه تغذیه ورزشی، ناتوانی جنسی)

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، لطفاً به طور کامل توضیح دهید.

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

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

لیست کامل داروها و یا مکمل های غذایی که در حال حاضر مصرف می نمایید را بنویسید.

برنامه غذایی فعلی خود را به طور کامل بنویسید. (صبحانه، ناهار، شام، میان وعده ها، نوع نوشیدنی ها و میزان آن و...)

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

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

نام و نام خانوادگی پر کننده فرم و امضا: