

שאלון מכין למפגש מדידות

שם: שם משפחה: תאריך לידה:

האם היית בעבר/ בהווה בייעוץ תזונתי: אם כן פרט:

האם לוקח תרופות (פרט):

האם לוקח תוספי מזון (פרט)

כמה שנים מתאמנת: כמה אימונים בשבוע: (פרט שעות וימים)

האם סובלת מהבאים: עצירות/שלשול/כאבי הבטן/גזים/רפלוקס

האם סובלת מהבאים: עייפות/התכווצויות שרירים/ חולשה/ כאבי ראש:

האם יש רקע רפואי שצריכה לדעת? פרט

בנות: האם יש מחזור? האם סדיר

האם עלייה בגובה משמעותית בשנה האחרונה? אם כן בכמה:

האם נרדמת בקלות? ישנה רצוף כל הלילה? כמה שעות שינה בלילה:

מה השתייה ששותה במהלך היום?

האם יש מזונות שנמנעת לחלוטין? פרט

האם אוכלת לפני אימון – כן/ לא המידה וכן מה אוכלת

האם אוכלת לאחר אימון? כן/ לא במידה וכן מה אוכלת

האם יש נושא שמטריד תזונתי?