**DİYETİSYEN FİLİZ AYHAN ONLİNE BESLENME VE DİYET DANIŞMANLIĞI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KİŞİSEL BİLGİLER** |  |  |  |  **Tarih :**  |
| **Adınız ve Soyadınız** | **:** | **Medeni Durum** | **:** |  |  |
| **Cinsiyet** | **:** | **Meslek** | **:** |  |  |
| **Yaş** | **:** | **E-Posta** | **:** |  |  |
| **Kilo** | **:** | **Mobil No** | **:** |  |  |
| **Boy** | **:** | **Şehir / Ülke** | **:** |  |  |

 **TANISI KONULMUŞ HASTALIĞINIZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

**BİRİNCİ DERECE AKRABANIZDA KRONİK HASTALIK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

 **DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ İLAÇ(LAR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

 **GEÇİRDİĞİNİZ İŞLEM / AMELİYAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

**BESİN ALERJİSİ(LERİ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

**İDRAR SÖKTÜRÜCÜ/LAKSATİF/ZAYIFLAMA İLACI/KUSMA ÖYKÜSÜ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

**GÜNLÜK UYKU DÜZENİNİZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

**REGL DÜZENİNİZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

 **SİNDİRİM SİSTEMİ**

Düzenli tuvalet alışkanlığınız

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

Sindirim sistemi probleminiz: (kabızlık, ishal, ülser, reflü, bulantı, yutma güçlüğü)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

Midenize rahatsızlık veren herhangi bir yiyecek veya içecek var mı?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

**ALIŞKANLIKLARINIZ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Öğün Düzeni** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Atlanan Öğün** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Ara Öğün Alışkanlığı** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Atıştırma Alışkanlığı** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Vazgeçilmez Besin** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Tüketmediğiniz Besin** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Dışarıda Yemek Yeme Alışkanlığı** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Gece Yemek Yeme Alışkanlığı** |  |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Hızlı Yemek Yeme Alışkanlığı** | **:** |  | Yok |  | Var ise |  |
| **Psikolojik Durumunuz Beslenmeyi Etkiler Mi?** |  | Yok |  | Var |

**GÜNLÜK TÜKETİM MİKTARINIZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Su** | **:** |  |
| **Çay / Kahve** | **:** |  |
| **Maden Suyu** | **:** |  |
| **Asitli İçecekler** | **:** |  |
| **Şeker** | **:** |  |
| **Tatlandırıcı** | **:** |  |
| **Alkol** | **:** |  |

**KİLO ALMA / VERME ÖYKÜNÜZ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ne Zaman Kilo Almaya/Vermeye Başladınız?** | **:** |  |
| **Şu Ana Kadar Görülen En Yüksek / En Düşük Kilonuz?**  | **:** |  |
| **Kilo Alma / Verme Sebebiniz Sizce Nedir?** | **:** |  |
| **Daha Önce Uygulanan Diyet Programı / Süresi / Sonuç?** | **:** |  |
| **Geri Alındıysa / Verildiyse Kaç Kilo?** | **:** |  |
| **Hedeflediğiniz Kilo Nedir?** | **:** |  |

 **FİZİKSEL AKTİVİTE ÖYKÜNÜZ**

Düzenli Olarak Yaptığınız Bir Fiziksel Aktivite Var Mı? Sıklığı Nedir?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yok |  |
|  | Var ise |  |

 **DÜN GÜN BOYU BESLENMENİZİN ÖĞÜN SAATLERİ / İÇERİĞİ / PORSİYON MİKTARLARI OLMAK ÜZERE YAZAR MISINIZ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kahvaltı** | **:** |  |
| **Ara Öğün** | **:** |  |
| **Öğle Yemeği** | **:** |  |
| **Ara Öğün** | **:** |  |
| **Akşam Yemeği** | **:** |  |
| **Ara Öğün** | **:** |  |

**BUNLARIN DIŞINDA BİLMEMİ İSTEDİĞİNİZ BİR ŞEY VAR İSE NOT EDİNİZ**

**PAKET HAKLARINIZLA ALAKALI**

Herhangi bir nedenle programınızı dondurmanız gerektiğinde kalan seans haklarınız yanmaz; **3 ay içinde kullanma hakkına sahipsiniz**. Çalışma sistemimizde **paket iptali** veya **iadesi söz konusu değildir**.

 **İMZA**