

# שיווי משקל

מרכז לטיפול בעודף משקל והפרעות אכילה  
מתירק את קשר הזיאה



תאריך: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_

הופנית על ידי: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_

מהן מטרותיך לטיפול התזונתי? \_\_\_\_\_

האם הנך לוקחת תרופות? כן / לא  
אם כן, איזה? \_\_\_\_\_

האם אתה סובלת מ: סוכרת	כן / לא	לחץ דם גבוה / נמוך	כן / לא
סחרחורת	כן / לא	עצירות	כן / לא
בעיות שינה	כן / לא	מחלת לב	כן / לא
כולסטרול	כן / לא	עייפות	כן / לא

רגישויות מאובחנות למזון (כמו צליאק, אי סבילות ללקטוז, מעי רגיש...)

אחר: \_\_\_\_\_

מתי עברת בדיקה כללית אחרונה? \_\_\_\_\_

משקל הכי גבוה: \_\_\_\_\_ מתי? \_\_\_\_\_ משקל הכי נמוך? \_\_\_\_\_ מתי? \_\_\_\_\_  
משקל נוכחי: \_\_\_\_\_

לנשים: האם המחזור שלך סדיר? כן / לא  
האם את לוקחת גלולות למניעת הריון? כן / לא

\_\_\_\_\_

האם הנך מטופלת אצל פסיכולוג? כן / לא  
כמה זמן? \_\_\_\_\_

האם את/ה סובלת מהפרעת אכילה בהווה או בעבר? כן / לא  
אם כן, פרטי: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם עברת ניתוח בריאטרי כן / לא  
האם יש לך כוונה לעבור ניתוח בעתיד כן / לא