**ליווי תזונתי- הצעה והנחיות**

שלום,

שמחה שפנית אלי ומבטיחה לתת שירות מכל הלב!

הצעד הראשון בתהליך השינוי התזונתי הוא הפגישה הראשונה. בפגישה זו מתחיל תהליך השינוי. במפגש נבצע תשאול מקיף על הרגלי האכילה, סדר היום, הרגלי הפעילות הגופנית כמו כן ייערך אבחון לפי הלשון.

לאחר המפגש ישלחו המלצות, ספרי מתכונים במייל הנחות לרכישת תוספי מזון ועוד, את הכל תקבלו כתוב ומסודר בקובץ WORD בתום הפגישה.

המפגש בא לתת מענה לכל מי שמחפש המלצות לתזונה טבעונית, תזונת ספורט, תזונה בהריון, אלרגיות, השמנה, כולסטרול, סכרת, בעיות כרוניות, דלקות, בעיות במערכת העיכול, בעיות הורמונליות, לחץ דם וגם הכוונה תזונתית כללית.

לפני המפגש אבקש להקפיד על ההנחיות הבאות:

* לערוך רישום של המזונות אותם צרכת ב- 3 ימים האחרונים, לפי הטבלה המצורפת
* לשלוח צילום של הלשון - מומלץ צילום בקימה , לא לאחר אכילה ובאור יום.
* תוצאות בדיקות מעבדה אם יש כאלו
* הנך מתבקש/ת למלא את דף התשאול הראשוני/הסכם ולשלוח אותו אלי חתום עד יומיים לפני המפגש –מצ"ב
* אנא צלם\י את כל התרופות ותוספי המזון שהינך נוטל/ת.

**ניתן לבחור במספר סוגי שירותים :**

1. **מסלול 1** - תשלום לפי פגישה – עבור מפגש אבחון המחיר הוא 990 ש"ח, עבור מפגש ייעוץ 750 ש"ח
   1. במסלול זה המחיר הוא לפי פגישה, עבור כל מפגש תקבלו חודש מתנה בתכנית הליווי לתמיכה והשראה.
2. **A table with numbers and a number on it

   Description automatically generatedמסלול 2** - חבילת ליווי למשך 3 חודשים - לפי הפירוט המצורף -ניתן לפרוש לתשלומים.

1. השירות הייחודי שלי כולל התייעצות, תמיכה ולווי טלפוני/ במייל/ בנייד/ בכל קושי/שאלה שעולים ובנוסף מנוי מתנה למשך חודש ימים ללא עלות בתכנית התזונה הדיגיטלית שתאפשר להטמיע את השינוי ולקבל מסגרת תומכת כדי להצליח בתהליך. עבור כל פגישה תקבלו חודש מתנה בתכנית.

\*כל הפגישות נערכות בזום

\*מפגשי הייעוץ/מעקב נעשים ע"י דארלי גרינברג -מטפלת אצלי בקליניקה

\*במידה ועולות בעיות נוספות שאינו קשורות למערכת העיכול – מומלץ לצרף לכל תהליך את רן ריי – מטפלת ברפואה פונקציונלית – בעלות נוספת.

דחייה או ביטול מפגש יעשה עד 24 שעות לפני מועד הפגישה. היה והלקוח לא הודיע על ביטול המפגש 24 שעות לפני המפגש יחויב הלקוח בתשלום מלא על אותו המפגש.

בברכה ולהשתמע

ליבי

050-3053030

**תפריט יומי למילוי**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ארוחה** | **שעה** | **מה אכלת** | **כמות** | **מקום** | **לבד/חברה** | **דרגת רעב 1-5** |
| **בוקר** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **צהרים** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **ערב** |  |  |  |  |  |  |
| **לילה** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ארוחה** | **שעה** | **מה אכלת** | **כמות** | **מקום** | **לבד/חברה** | **דרגת רעב 1-5** |
| **בוקר** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **צהרים** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **ערב** |  |  |  |  |  |  |
| **לילה** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ארוחה** | **שעה** | **מה אכלת** | **כמות** | **מקום** | **לבד/חברה** | **דרגת רעב 1-5** |
| **בוקר** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **צהרים** |  |  |  |  |  |  |
| **ביניים** |  |  |  |  |  |  |
| **ערב** |  |  |  |  |  |  |
| **לילה** |  |  |  |  |  |  |

תאריך:

# לכבוד

**הרופא המטפל**

**הנדון: המלצה לביצוע בדיקות**

אני ממליצה לעשות את הבדיקות הבאות:

1. LDL + HDL ורמת כולסטרול כוללת בצום
2. שומנים (טריגליצרידים) בצום
3. אנמיה
4. חומצה פולית
5. 12B
6. ברזל
7. פרטין TIBC- Total iron binding capacity)
8. סוכר בדם בצום
9. בדיקת צואה לפרזיטים
10. כימיה
11. ספירת דם
12. תפקודי בלוטת התריס TSH, T3, T4
13. ויטמין D
14. תפקודי כבד
15. קלציום
16. קורטיזול

הסכם אימון (יש לחתום על הסכם זה ולהביאו למפגש הראשון)

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_טלפון\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_דוא"ל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**השאלון הוא סודי בהחלט ומטרתו להעריך ולקדם את צרכיו של המטופל.**

פרט/י את הבעיות העיקריות בהן היית רוצה לטפל: (בעיה/סימפטום/מחלה- משך זמן הופעת הבעיה)

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מחלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים: |
| מהן התרופות או\ו תוספי המזון אותם הינך לוקח\ת: |
|  |
| האם הינך משתמש בקוצב לב ? כן/לא אנא צייני האם הינך בהריון: כן/לא |

1. אני מאשר/ת בזאת כי פניתי מרצוני החופשי לליבי לוי גרינברג על מנת להסתייע בשרות המוצע על ידה.
2. מובן לי כי השירות המוצע על ידה הינו קיבלת הדרכה בנושא שיפור איכות החיים ותזונה נכונה.
3. כמו כן אני מבין\ה כי השירות המוצע על- ידי ליבי לוי אינו בא, בשום מקרה, כתחליף לטיפול המוצע על- ידי רופא.
4. אני מצהיר/ה בזאת שאוותר על הזכות לתבוע בעתיד את ליבי לוי בהקשר לטיפול זה.
5. הנני מאשר/ת שהמידע שמסרתי הוא מלא ונכון וניתן למיטב ידיעתי.
6. השירות שיסופק יכלול טיפול תזונתי שייעשה דרך הטלפון.
7. חתימה על הסכם זה מאשרת כי קיבלת ממני הסבר על התהליך, אופיו, ודרכי העבודה בו, ומאשר/ת כי האחריות להחלטות, לפעולות ולתוצאות מוטלת עליך .
8. המטופלת אחראית על קיום המפגשים במועדים שיקבעו.
9. תשלום בהתאם למסלול שנבחר.
10. סודיות: המפגשים שלנו הם אישיים ופרטיים. אני מתחייבת לשמירת סודיות מוחלטת אודותיך – אלא במקרה של עבירה על החוק. אם ארצה להשתמש בדוגמאות מן הטיפול שלך בהרצאות או סדנאות, אעשה זאת בעילום שם וטשטוש פרטים מזהים. אם אעלה את הטיפול שלך להדרכה, אעשה זאת בעילום שם.

חתימתי על הסכם זה מציינת הבנה מלאה והסכמה עם כל המפורט לעיל

חתימת המטופלת\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_