

לרזות ביחד גלית קריעף מלווה לאורך חיים בריא

הצהרת בריאות

שם פרטי	ש.משפחה	ת.ז.	טל	גובה	משקל

סמנ'י V במקום המתאים

פרוט	לא	כן	במידה וענית בחיוב על אחד הסעיפים אנא פרט/י
			האם הנך סובל/ת ממגבלה בריאותית כרונית (אסטמה אפילפסיה סכרת וכדו')?
			האם הנך סובל/ת ממערכת העיכול?
			האם עברת בעבר ניתוח קיצור קיבה שרוול / טבעת/מעקף מיני מעקף?
			האם הינך סובל/ת באופן כרוני מ: כאבים, לחץ בחזה, סחרחורות, אבדן הכרה, התעלפות?
			האם הנך נוטל/ת תרופות
			האם הנך צמחונית/ת
			האם הנך טבעונית/ת
			רגיש/ה לגלוטן
			האם הנך מאשר/ת קבלת מסרונים SMS?

הצהרה: האני הח"מ מצהיר/ ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא

את הרקע הרפואי שלי ואת רצוני להצטרף לתוכנית הליווי לרזות ביחד.

מצבי הפיזי טוב וכי אינני סובל מבעיות רפואיות העלולות להשפיע עלי לרעה במהלך התכנית.

אני מתחייב/ת לידע את המלווה גלית קריעף במידי על שינוי לרעה במצבי הבריאותי -

ידוע לי שגלית הינה מלווה לאורך חיים בריא וכל האמור בפיה בגדר המלצה בלבד.

אני מודע/ת לכך שהמלצות הניתנות לי לא מחליפות התייעצות עם רופא וכי אין בכוונתי

להפסיק טיפול תרופתי כלשהוא ללא התייעצות רופא.

ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה אסורים ועלולים לגרום לי לנזק רפואי וכי כל

המידע שנמסר על ידי אמין ואמיתי.

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

בהצלחה בתוכנית לרזות ביחד ליווי לאורך חיים בריא

גלית קריאף