

دينالحاو

الاستبيان الخاص ببرنامج التخلص من السموم

1. الأسم

2. العمر

3. الجنس

ذكر أنثى

4. الحالة الإجتماعية

أرمل منفصل مطلق متزوج أعزب

5. المهنـة

6. هل لديك أطفال

نعم لا

إذا نعم فكم عددهم، فكم عددهم؟

7. هل أنت حامل أو تخططين للحمل خلال السنة القادمة

نعم لا إذا كنت حامل ففي أي أسبوع أو شهر؟

8. هل أنت الطفل الوحيد؟

نعم لا إذا أجبت بالنفي، فما هو عدد الإخوة؟ والأخوات؟

9. وما هو ترتيبك بينهم؟

الأكبر الأوسط الأصغر

10. هل واجهت أي تحدي عاطفي في الـ 18 شهراً الماضية؟

إذا نعم فصف ذلك بإيجاز

دينالحاو

الاستبيان الخاص ببرنامج التخلص من السموم

11. هل أنت راض عن صحتك الجسدية؟

نعم لا إذا لم تكن كذلك فما الذي ترغب بتغييره؟

12. هل لديك حالة طبية خاصة؟

نعم لا إذا نعم صف الحالة بإيجاز

13. هل تتناول أية أدوية؟

نعم لا إذا نعم فما هي؟ ومنذ متى؟

14. هل تعاني من الحساسية لأي نوع من الطعام؟

نعم لا إذا نعم فما هو؟ ومنذ متى؟

15. هل أنت مدخن؟

نعم لا إذا نعم، فكم سيجاره في اليوم؟ ومنذ متى بدأت التدخين؟

دينالحلو

الاستبيان الخاص ببرنامج التخلص من السموم

16. هل تشرب الكحول؟

نعم لا إذا نعم، فأى نوع؟ وكم مرة؟ ومنذ متى؟

17. هل هناك أطعمة لا ترغب بها، أو لا تفضل تناولها؟

نعم لا إذا نعم، فما هي؟ ولماذا؟

18. ما هي أنواع الخضار المفضلة عندك بالإضافة إلى البطاطس والطماطم؟

19. هل تتناول الحلويات؟ هل تتناولها بانتظام؟

نعم لا إذا نعم، فما هي الأنواع؟ وكم مرة تتناولها؟

20. هل تتناول القهوة؟

نعم لا إذا نعم، أذكر عدد الأكواب التي تشربها في اليوم / الأسبوع؟
صباحاً أم مساءً؟

دينالحاو

الاستبيان الخاص ببرنامج التخلص من السموم

21. هل تتناول اللحوم الحمراء؟

نعم لا إذا نعم، فكم مرة تتناولها في الأسبوع / الشهر؟

22. هل تأكل اللحوم البيضاء إلى جانب السمك؟

نعم لا إذا نعم، فكم مرة تتناولها في الأسبوع / الشهر؟

23. هل تأكل الأطعمة المقليه (السمك ،البطاطس، المعجنات ... الخ)؟

نعم لا إذا نعم، فكم مرة تفعل في الأسبوع / الشهر؟

24. ما هي عاداتك في النوم؟ (أذكر متوسط ساعات النوم ليلا)

25. هل تجد صعوبه في الدخول بالنوم؟

نعم لا إذا نعم، فلماذا؟

26. هل تتعاطى أقراص منومة؟

نعم لا إذا نعم، أذكر نوعها ولماذا تلجأ إليها؟ وكم مرة تتناولها؟

دينالحاو

الاستبيان الخاص ببرنامج التخلص من السموم

27. ماذا تفعل عادة قبل الدخول في النوم

- - - - -
- - - - -

28. هل تشاهد التلفزيون قبل النوم؟

نعم لا إذا نعم فكم ساعة معدل المشاهدة عادة؟

- - - - -
- - - - -

29. هل تواجه صعوبة عند الإستيقاظ من النوم؟

نعم لا إذا نعم فماذا برأيك سبب ذلك؟

- - - - -
- - - - -

30. هل تحتاج إلى وقت طويل عند الإستيقاظ قبل البدأ بنشاطك اليومي؟ أم أنك تقفز من السرير مباشرة؟ هل تشعر بالراحة بعد النوم؟

- - - - -
- - - - -

31. هل تجد نفسك أكثر نشاطاً في الفترة الصباحية أم الفترة المسائية؟

- - - - -
- - - - -

32. هل نشاطك الجنسي عادي؟

- - - - -
- - - - -

دینا حلو

الاستبيان الخاص ببرنامج التخلص من السموم

33. هل تمارس أي نوع من الأنشطة الجسدية (المشي، الجري، الرياضة، الألعاب الجماعية...الخ)؟

- نعم لا إذا نعم، فما هو النشاط الذي تمارسه؟ وهل تمارسه بانتظام؟

34. هل تعاني من آلام جسدية بشكل منتظم؟

- نعم لا إذا نعم، حدد الشكوى (الظهر، الرأس، الحموضة، آلام المفاصل...الخ)

35. هل تلجأ إلى مسكنات الألم؟

- نعم

36. ما هي المدة التي تقضيها أمام الكمبيوتر / الإنترنت؟ كم ساعة في اليوم / الأسبوع؟

37. لماذا تسعى للانضمام إلى برنامج التخلص من السموم؟