



SCHEMA CLIENTE



NOME		COGNOME	
NATO/A IL	PROFESSIONE	NOME SOCIAL	
INDIRIZZO		CELLULARE	

ABITUDINI ALIMENTARI (cosa e dove mangi) e STILE DI VITA

COLAZIONE	SNACK	PRANZO	SNACK	CENA	SNACK
QUANTA ACQUA BEVI DURANTE IL GIORNO?			GONFIORI/RITENZIONE IDRICA?		
BIBITE GASSATE? APERITIVI?			MAL DI TESTA? OGNI QUANTO?		
QUANTI CAFFE' AL GIORNO?			INTESTINO REGOLARE?		
ALLERGIE ALIMENTARI?			ALTRO? (Pressione alta... colesterolo...)		
ATTIVITA' FISICA?			DIETE PRECEDENTI?		
CALI DI ENERGIA DURANTE IL GIORNO?			PERCHE' NON HANNO FUNZIONATO?		

QUANTO SPENDI PER 1 PASTO? (colazione e pranzo)

OBIETTIVO

COME TI SENTI FISICAMENTE? Da 1 a 10

COME TI VEDI FISICAMENTE? Da 1 a 10

PER ARRIVARE AL 10, COSA VORRESTI OTTENERE?

DA 1 A 10... QUANTO VUOI VERAMENTE RAGGIUNGERE I TUOI OBIETTIVI?

PROGRAMMA

PRODOTTI	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
F1											
F1											
BARRETTE FORMULA 1 EXPRESS											
PROTEIN DRINK MIX											
ALOE MANGO											
ALOE ALLE ERBE											
ALOE MAX											
INFUSO 50 GR Naturale-Limone-Lampone-Pesca											
INFUSO 100 GR Naturale											
BARRETTE SNACK											
PROTEIN CHIPS											
ALTRO											
TOTALE											

ASSISTENZA

PESO E MISURE	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
PESO											
GIROVITA											
FIANCHI											
COSCE											
ALTRO											

DATA INIZIO

ORARIO PREFERITO

1° Giorno		3° Giorno		7° Giorno	
Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data: