



ANKIETA DO ANALIZY PIERWIASTKOWEJ WŁOSÓW

BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

ANKIETĘ PROSIMY WYPEŁNIAĆ CZYTELNI DRUKOWANYMI LITERAMI. Pola wyboru zaznaczać używając znaku "X"

PO-02/F1

1. Wybierz, którą Analizę Pierwiastkową Włosów chcesz wykonać:

Program Zdrowotny (wykresy z opisem, suplementacją i dietą),

Program Analityczny (same wykresy) – wypełnij tylko punkty 1, 2, 5, 20 - wynik wysłany tylko na e-mail.

2. DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ANALIZY:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--

IMIĘ

NAZWISKO

PAŃSTWO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMER TELEFONU

WIEK (lata)

WZROST (cm)

WAGA (kg)

GRUPA
KRWI

Płeć:

 KOBIETA MĘCZYZNA

3. Odbiór wyniku: odbiór osobisty w siedzibie Biomol-Med, wysyłka na poniższy adres:

4. ADRES, NA KTÓRY ZOSTANIE WYSŁANY WYNIK ANALIZY:

--

NAZWA

--

ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIEJSCOWOŚĆ

KOD POCZTOWY

PAŃSTWO

5. WYNIK W JĘZYKU: POLSKIM; CZESKIM; SŁOWACKIM; ROSYJSKIM; UKRAIŃSKIM; ANGIELSKIM;
 NIEMIECKIM; FRANCUSKIM; RUMUŃSKIM; WĘGIERSKIM; WŁOSKIM.

Uwaga: W cenę badania wliczona jest jedna wersja językowa wyniku. Dodatkowa wersja za opłatą, zgodnie z cennikiem Biomol-Med na www.biomol.pl

6. Badanie zlecone w celu: profilaktyki zdrowia; rehabilitacji; wsparcia leczenia; suplementacji sportowej

Dzienne zapotrzebowanie na kcal:

--	--	--	--	--

7. Badanie: pierwsze; kolejne _____

Trening: szybkościowy

 wytrzymałościowy siłowy

8. Cięża: planuję ciążę; jestem w ciąży miesiąc; karmię piersią.

9. Zaznacz zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:

- Kostne/mięśniowe
 Sercowo-naczyniowe
 Układu pokarmowego
 Układu moczowego
 Układu nerwowego
 Hormonalne
 Niedoczynność tarczycy
 Układu oddechowego
 Dermatologiczne
 Alergologiczne
 Ginekologiczne

10. Zaznacz choroby potwierdzone diagnozą lekarską:

- Osteoporoza
 Reumatoidalne zapalenie stawów
 Zawał
 Żylaki
 Wrzody żołądka
 Choroby jelit
 Astma
 Bielactwo
 Łuszczyca
 Stwardnienie rozsiane
 Alergia: typ _____

- Zaburzenia ze spektrum autyzmu: _____
 Nowotwór _____
 Stadium _____
 Przerost prostaty
 Cukrzyca: typ I
 typ II
 Padaczka
 Choroby wątroby
 Inne: _____

11. Zaznacz występujące objawy:

- Ból stawów

- Ból mięśni
 Szybkie męczenie się
 Zgaga
 Wzdęcia
 Zaparcia
 Biegunki
 Częste oddawanie moczu
 Ból przy oddawaniu moczu
 Trądzik
 Łysienie
 Łysienie androgenne
 Łamliwe paznokcie
 Inne _____

12. Choroby rodzinne: nowotworowa; wieńcowa; psychiczna; cukrzyca; inna:

OJCIEC:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
MATKA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RODZIEŃSTWO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DZIADKOWIE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

13. Zaznacz objawy somatyczne i psychosomatyczne:

- Częste uczucie zmęczenia
- Zaburzenia koncentracji
- Zaburzenia pamięci
- Trudności z zasypianiem
- Wybudzanie się w nocy
- Uczucie stałego lub częstego podenerwowania
- Częste bóle głowy
- Zawroty głowy
- Zaburzenia widzenia (mroczki, łzawienie, itp.)
- Zajady
- Szumy w uszach
- Skurcze
- Kołatania serca
- Skóra sucha
- Skóra przetłuszczająca się
- Trudności w uczeniu się
- Częste uczucie głodu
- Mam często pragnienie
- Inne _____

14. Styl odżywiania:

- Stosuję dietę niskowęglowodanową
- Stosuję dietę wegetariańską
- Stosuję dietę białkową
- Stosuję dietę _____
- Nie stosuję żadnej diety
- Spożywam dużo owoców i soków owocowych
- Spożywam dużo mięsa i tłuszczów
- Jem dużo nabiału
- Jem dużo ryb
- Jem dużo słodczy

15. Reakcja na stres:

- Jestem często agresywny/a
- Wszystkim przejmuję się
- Jestem nadwrażliwy/a
- Mam często lęki
- Mam skłonności depresyjne

16. Styl życia:

- Dużo pracuję (powyżej 8 godz. na dobę)

- Często tzw. zarywanie nocy
- Często piję alkohol
- Palę papierosy
- Żyję w ciągłym stresie

17. Odżywianie:

Często mam ochotę na potrawy:

- słodkie
- kwaśne
- ostre
- gorzkie
- słone
- Piję regularnie kawę
- Piję często herbatę

18. Narażenie na czynniki szkodliwe w pracy:

- Chemiczne
- Temperatura (mikroklimat)
- Pole elektromagnetyczne
- Hałas
- Inne _____

19. Zażywane aktualnie leki, witaminy, minerały, anaboliki i inne (proszę wymienić jak długo są stosowane):

20. Proszę o przesłanie mojego wyniku analizy pierwiastkowej na poniższy adres e-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji badania przez Biomol-Med Sp. z o.o. ul. Huta Jagodnica 41, Łódź, które przekazuję dobrowolnie, zastrzegając sobie prawo do ich sprawdzania i poprawiania oraz zgadzam się na wysłanie wyniku na podany adres e-mail. UWAGA! Biomol-Med Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za niedostarczenie elektronicznej wersji wyniku z powodu błędnego lub nieczytelnego adresu. _____
czytelny podpis Pacjenta

Proszę o wystawienie faktury na dane: _____