



# 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, 4, 19 - wynik wysłany jest tylko na e-mail.

### 2. DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ANALIZY:

IMIĘ										NAZWISKO										PAŃSTWO									
NUMER TELEFONU										WIEK (lata)					WZROST (cm)					WAGA (kg)					GRUPA KRWI				

Płeć:  KOBIETA  MĘŻCZYZNA

### 3. Wynik zostanie wysłany na adres korespondencyjny Zlecającego.

Uwaga: Za ewentualne błędy związane z nieaktualnym adresem korespondencyjnym odpowiada Zlecający.

4. 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](http://www.biomol.pl)

### 5. Badanie zlecone w celu:

- profilaktyki zdrowia;  rehabilitacji;  wsparcia leczenia;  suplementacji sportowej.

Dzienne zapotrzebowanie na kcal: \_\_\_\_\_

### 6. Badanie:

- pierwsze;  kolejne \_\_\_\_\_

Trening:  szybkościowy

### 7. Ciąża:

- planuję ciążę;  jestem w ciąży \_\_\_\_\_ miesiąc;  karmię piersią.

- wytrzymałościowy  
 siłowy

<h4>8. Zaznacz zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kostne/mięśniowe</li> <li><input type="checkbox"/> Sercowo-naczyniowe</li> <li><input type="checkbox"/> Układu pokarmowego</li> <li><input type="checkbox"/> Układu moczowego</li> <li><input type="checkbox"/> Układu nerwowego</li> <li><input type="checkbox"/> Hormonalne</li> <li><input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy</li> <li><input type="checkbox"/> Układu oddechowego</li> <li><input type="checkbox"/> Dermatologiczne</li> <li><input type="checkbox"/> Alergologiczne</li> <li><input type="checkbox"/> Ginekologiczne</li> </ul>	<h4>9. Zaznacz choroby potwierdzone diagnozą lekarską:</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Osteoporoza</li> <li><input type="checkbox"/> Reumatoidalne zapalenie stawów</li> <li><input type="checkbox"/> Zawał</li> <li><input type="checkbox"/> Żylaki</li> <li><input type="checkbox"/> Wrzody żołądka</li> <li><input type="checkbox"/> Choroby jelit</li> <li><input type="checkbox"/> Astma</li> <li><input type="checkbox"/> Bielactwo</li> <li><input type="checkbox"/> Łuszczyca</li> <li><input type="checkbox"/> Stwardnienie rozsiane</li> <li><input type="checkbox"/> Alergia: typ _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zaburzenia ze spektrum autyzmu: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Nowotwór _____ Stadium _____</li> <li><input type="checkbox"/> Przerost prostaty</li> <li><input type="checkbox"/> Cukrzyca: <input type="checkbox"/> typ I <input type="checkbox"/> typ II</li> <li><input type="checkbox"/> Padaczka</li> <li><input type="checkbox"/> Choroby wątroby</li> <li><input type="checkbox"/> Inne: _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ból mięśni</li> <li><input type="checkbox"/> Szybkie męczenie się</li> <li><input type="checkbox"/> Zgaga</li> <li><input type="checkbox"/> Wzdęcia</li> <li><input type="checkbox"/> Zaparcia</li> <li><input type="checkbox"/> Biegunki</li> <li><input type="checkbox"/> Częste oddawanie moczu</li> <li><input type="checkbox"/> Ból przy oddawaniu moczu</li> <li><input type="checkbox"/> Trądzik</li> <li><input type="checkbox"/> Łysienie</li> <li><input type="checkbox"/> Łysienie androgenne</li> <li><input type="checkbox"/> Łamliwe paznokcie</li> <li><input type="checkbox"/> Inne _____</li> </ul>
--	--	---	--

### 10. Zaznacz występujące objawy:

- Ból stawów

### 11. 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"/> _____
RODZEŃSTWO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
DIADKOWIE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

