



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:

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

PESEL

--	--	--

IMIĘ

NAZWISKO

PAŃSTWO

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

NUMER TELEFONU

--	--	--

WIEK (lata)

--	--	--	--

WZROST (cm)

--	--	--	--

WAGA (kg)

--

GRUPA
KRWI

Płeć:

 KOBIEȚA MĘŻCZYŹNA

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

5. Badanie zlecone w celu:

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

Dzienne zapotrzebowanie na kcal:

--	--	--	--

6. Badanie: pierwsze; kolejne _____

Trening: szybkościowy

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

wytrzymałościowy

siłowy

8. Zaznacz zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:

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

9. 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: _____

10. 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 _____

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"/> _____ |
| DZIADKOWIE: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

12. 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 _____

13. 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

14. Reakcja na stres:

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

15. Styl życia:

- Dużo pracuję (powyżej 8 godz. na dobę)

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

16. Odżywianie:

Często mam ochotę na potrawy:

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

17. Narażenie na czynniki szkodliwe w pracy:

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

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

Ankieta ma na celu poznanie stylu życia oraz zaburzeń subiektywnych i obiektywnych zdrowia. Nie zastąpi dokładnego wywiadu i badania lekarskiego. Pozwoli jednak na dokładniejsze określenie stanu odżywiania i podjęcie działań mających na celu minimalizację ryzyka powstawania wielu chorób. Interpretacja badania będzie wynikała z indywidualnych potrzeb organizmu uzyskanych z analizy pierwiastkowej włosów.

UWAGA: Ankieta może być wypełniona tylko za zgodą pacjenta! Kopiowanie w całości lub części zabronione!

Niniejszy dokument nie jest ofertą w rozumieniu artykułu 66 paragraf 1 Kodeksu Cywilnego.

Wynik zostanie opracowany zgodnie z procedurą badawczą PB-01 z dnia 01.02.2016.

Procedura PO-02 Tytuł: Rejestracja. Załącznik PO-02/F1; Wydanie 4, Data wydania 01.02.2016.