



# ANKIETA DO ANALIZY PIERWIASTKOWEJ WŁOSÓW

## BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

ANKIETĘ PROSIMY WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE 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  MĘŻCZYNA

### 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

<p><b>8. Zaznacz zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:</b></p> <input type="checkbox"/> Kostne/mięśniowe <input type="checkbox"/> Sercowo-naczyniowe <input type="checkbox"/> Układu pokarmowego <input type="checkbox"/> Układu moczowego <input type="checkbox"/> Układu nerwowego <input type="checkbox"/> Hormonalne <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy <input type="checkbox"/> Układu oddechowego <input type="checkbox"/> Dermatologiczne <input type="checkbox"/> Alergologiczne <input type="checkbox"/> Ginekologiczne	<p><b>9. Zaznacz choroby potwierdzone diagnozą lekarską:</b></p> <input type="checkbox"/> Osteoporoza <input type="checkbox"/> Reumatoidalne zapalenie stawów <input type="checkbox"/> Zawał <input type="checkbox"/> Żylaki <input type="checkbox"/> Wrzody żołądka <input type="checkbox"/> Choroby jelit <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Bielactwo <input type="checkbox"/> Łuszczyca <input type="checkbox"/> Stwardnienie rozsiane <input type="checkbox"/> Alergia: typ _____	<p><input type="checkbox"/> Zaburzenia ze spektrum autyzmu: _____  <input type="checkbox"/> Nowotwór _____ Stadium _____  <input type="checkbox"/> Przerost prostaty  <input type="checkbox"/> Cukrzyca: <input type="checkbox"/> typ I <input type="checkbox"/> typ II  <input type="checkbox"/> Padaczka  <input type="checkbox"/> Choroby wątroby  <input type="checkbox"/> Inne: _____  <b>10. Zaznacz występujące objawy:</b>  <input type="checkbox"/> Ból stawów</p>	<p><input type="checkbox"/> Ból mięśni  <input type="checkbox"/> Szybkie męczenie się  <input type="checkbox"/> Zgaga  <input type="checkbox"/> Wzdęcia  <input type="checkbox"/> Zaparcia  <input type="checkbox"/> Biegunki  <input type="checkbox"/> Częste oddawanie moczu  <input type="checkbox"/> Ból przy oddawaniu moczu  <input type="checkbox"/> Trądzik  <input type="checkbox"/> Łysienie  <input type="checkbox"/> Łysienie androgenne  <input type="checkbox"/> Łamliwe paznokcie  <input type="checkbox"/> Inne _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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"/> _____

