



ANKIETA DO ANALIZY 12 PIERWIASTKÓW WE WŁOSACH

BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

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

PO-02/F5

1. Wybierz, którą Analizę 12 Pierwiastków we włosach chcesz wykonać:

- Program Profilaktyczny (wykresy z opisem i suplementacją), 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:		
																				<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> 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

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"> <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 	<h4>9. Zaznacz choroby potwierdzone diagnozą lekarską:</h4> <ul style="list-style-type: none"> <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 _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <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: _____ <h4>10. Zaznacz występujące objawy:</h4> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ból stawów 	<ul style="list-style-type: none"> <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 _____
--	--	--	--

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"/> _____
ZIADKOWIE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

