



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, 19 - wynik wysłany 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. 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

7. Badanie: pierwsze, kolejne _____

Dzienne zapotrzebowanie na kcal: _____

- Trening: szybkościowy
 wytrzymałościowy
 siłowy

8. Ciąża: 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 _____

