



ANKIETA DO DIAGNOSTYKI STANU ODŻYWIENIA

BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

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

PO-02/F2

1. DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ANALIZY:

IMIE										NAZWISKO										PAŃSTWO																			
NUMER TELEFONU										WIEK (lata):										WZROST (cm):										WAGA (kg):									

PESEL										GRUPA KRWI:										OBWÓD PASA (cm):										OBWÓD BIODER (cm):									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Numer pierwszego badania - Analizy Pierwiastkowej Włosów - Program Zdrowotny (sprawozdanie z badania numer):

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

Płeć:

KOBIETA

3. Odbiór wyniku: odbiór osobisty w siedzibie Biomol-Med; wysyłka na poniższy adres:

MĘŻCZYZNA

4. ADRES, NA KTÓRY ZOSTANIE WYSŁANY WYNIK ANALIZY:

NAZWA																																																																																																			
ULICA, NR DOMU, NR MIESZKANIA																																																																																																			
MIEJSCOWOŚĆ																														KOD POCZTOWY																														PAŃSTWO																																							

5. WYNIK W JĘZYKU: POLSKIM Uwaga: Badania dostępne tylko w języku polskim.

6. Badanie zleczone w celu: profilaktyki zdrowia; rehabilitacji; wsparcia leczenia; suplementacji sportowej;

Dzienne zapotrzebowanie na kcal:

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

Trening:

szybkościowy; 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

- Zaburzenia ze spektrum autyzmu: _____
- Nowotwór _____ Stadium _____
- Przerost prostaty
- Cukrzyca: typ I typ II
- Padaczka
- Choroby wątroby
- Inne: _____

- Ból mięśni
- Szybkie męczenie się
- Zgaga
- Wzdęcia
- Zaparcia
- Biegunki
- Częste oddawanie moczu
- Ból przy oddawaniu moczu
- Trądzik
- Łysienie
- Łysienie androgenne
- Łamliwe paznokcie
- Inne _____

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

12. Efekty pierwszej analizy oceniam: Bardzo dobrze, Dobrze, Średnio, Słabo, Bez zmian.

13. 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
- Szумы w uszach
- Skurcze
- Kołatania serca
- Skóra sucha
- Skóra przetłuszczająca się
- Trudności w uczeniu się
- Częste uczucie głodu
- Mam często pragnienie
- Inne _____

14. 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 słodyczy

15. Reakcja na stres:

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

16. Styl życia:

- Dużo pracuję (powyżej 8 godz. na dobę)

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

17. Narażenie na czynniki szkodliwe w pracy:

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

18. Co chcesz osiągnąć dzięki badaniu:

- Mieć więcej energii
- Rzadziej się przeziębiam / chorować na grype
- Być bardziej stabilny/a emocjonalnie
- Być bardziej muskularnym/ą
- Lepiej sypiać
- Być silniejszy/a
- Poprawić swoją pamięć
- Stracić na wadze

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

20. 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

Proszę o wystawienie faktury na dane: _____

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 minimalizacji 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/F2; Wydanie 4, Data wydania 01.02.2016.