



# ANKIETA DO DIAGNOSTYKI STANU ODŻYWIENIA

## BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

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

PO-02/F2

### 1. DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ANALIZY:

IMIĘ										NAZWISKO										PAŃSTWO									
NUMER TELEFONU										WIEK (lata):			WZROST (cm):			GRUPA KRWI:													
WAGA (kg):					OBWÓD PASA (cm):					OBWÓD BIODER (cm):																			

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

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

Płeć:

KOBIEȚA

### 3. Odbiór wyniku: odbiór osobisty w siedzibie Biomol-Med;

wysyłka na poniższy adres:

MĘŻCZYŹNA

### 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 zlecone w celu:

profilaktyki zdrowia;  rehabilitacji;  wsparcia leczenia;  suplementacji sportowej;

Dzienne zapotrzebowanie na kcal:

### 7. Cięża: 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.

<p><b>13. Zaznacz objawy somatyczne i psychosomatyczne:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Częste uczucie zmęczenia</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia koncentracji</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia pamięci</p> <p><input type="checkbox"/> Trudności z zasypianiem</p> <p><input type="checkbox"/> Wybudzanie się w nocy</p> <p><input type="checkbox"/> Uczucie stałego lub częstego podenerwowania</p> <p><input type="checkbox"/> Częste bóle głowy</p> <p><input type="checkbox"/> Zawroty głowy</p> <p><input type="checkbox"/> Zaburzenia widzenia (mroczki, łzawienie, itp.)</p> <p><input type="checkbox"/> Zajady</p> <p><input type="checkbox"/> Szumy w uszach</p> <p><input type="checkbox"/> Skurcze</p> <p><input type="checkbox"/> Kołatania serca</p> <p><input type="checkbox"/> Skóra sucha</p> <p><input type="checkbox"/> Skóra przetłuszczająca się</p> <p><input type="checkbox"/> Trudności w uczeniu się</p> <p><input type="checkbox"/> Częste uczucie głodu</p> <p><input type="checkbox"/> Mam często pragnienie</p> <p><input type="checkbox"/> Inne _____</p>	<p><b>14. Styl odżywiania:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Stosuję dietę niskowęglowodanową</p> <p><input type="checkbox"/> Stosuję dietę wegetariańską</p> <p><input type="checkbox"/> Stosuję dietę białkową</p> <p><input type="checkbox"/> Stosuję dietę _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nie stosuję żadnej diety</p> <p><input type="checkbox"/> Spożywam dużo owoców i soków owocowych</p> <p><input type="checkbox"/> Spożywam dużo mięsa i tłuszczów</p> <p><input type="checkbox"/> Jem dużo nabiału</p> <p><input type="checkbox"/> Jem dużo ryb</p> <p><input type="checkbox"/> Jem dużo słodyczy</p> <p><b>15. Reakcja na stres:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Jestem często agresywny/a</p> <p><input type="checkbox"/> Wszystkim przejmuję się</p> <p><input type="checkbox"/> Jestem nadwrażliwy/a</p> <p><input type="checkbox"/> Mam często lęki</p> <p><input type="checkbox"/> Mam skłonności depresyjne</p> <p><b>16. Styl życia:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dużo pracuję (powyżej 8 godz. na dobę)</p>	<p><input type="checkbox"/> Często tzw. zarywanie nocy</p> <p><input type="checkbox"/> Często piję alkohol</p> <p><input type="checkbox"/> Palę papierosy</p> <p><input type="checkbox"/> Żyję w ciągłym stresie</p> <p><b>17. Narażenie na czynniki szkodliwe w pracy:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chemiczne</p> <p><input type="checkbox"/> Temperatura (mikroklimat)</p> <p><input type="checkbox"/> Pole elektromagnetyczne</p> <p><input type="checkbox"/> Hałas</p> <p><input type="checkbox"/> Inne _____</p> <p><b>18. Co chcesz osiągnąć dzięki badaniu:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mieć więcej energii</p> <p><input type="checkbox"/> Rzadziej się przeziębiam / chorować na gripę</p> <p><input type="checkbox"/> Być bardziej stabilny/a emocjonalnie</p> <p><input type="checkbox"/> Być bardziej muskularnym/ą</p> <p><input type="checkbox"/> Lepiej sypiać</p> <p><input type="checkbox"/> Być silniejszy/a</p> <p><input type="checkbox"/> Poprawić swoją pamięć</p> <p><input type="checkbox"/> Stracić na wadze</p>
---	--	--

**19. Zażywane 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 3, Data wydania 01.02.2016.