



QUESTIONARIO ALL'ANALISI ELEMENTARE DEI CAPELLI BIOMOL-MED

SI PREGA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO IN STAMPATELLO IN MANIERA LEGGIBILE. Selezionare le caselle usando la "x"
ATTENZIONE: PER REALIZZARE L'ESAME SI DEVE UTILIZZARE UNICAMENTE I CAPELLI NON TINTI!

PO-02/F1

1. SCEGLI QUALE ANALISI ELEMENTARE DEI CAPELLI VUOI EFFETTUARE:

- Programma di Salute (diagrammi con descrizione, supplementazione); Programma Analitico (soli diagrammi) – compilare soltanto punti 1, 2, 4, 19 - invio del risultato in versione elettronica all'indirizzo e-mail.

2. I DATI DEL PAZIENTE INDISPENSABILI ALLA REALIZZAZIONE DELL'ANALISI:

NOME										COGNOME										PAESE				
NUMERO DI TELEFONO										ETA (anni)			ALTEZZA (cm)			PESO (kg)			GRUPPO SANGUINO			Sesso: <input type="checkbox"/> Donna, <input type="checkbox"/> Uomo.		

3. INDIRIZZO DA INVIARE IL RISULTATO DELL'ANALISI:

NOME										COGNOME														
VIA, NUMERO DI CASA, NUMERO DI LOCALE																								
LOCALITA										CODICE POSTALE										PAESE				

4. PREGO DI TRASMETTERMI IL RISULTATO IN: POLACCO; CECO; SLOVACCO; RUSSO; UCRAINO; INGLESE;
 TEDESCO; FRANCESE; RUMENO; UNGHERESE; ITALIANO.

Nota: il prezzo dell'esame comprende solo una versione linguistica del risultato. La versione supplementare puo essere preparata contro il pagamento conformemente al listino di prezzi che si trova sul sito www.biomol.pl

5. Esame ordinato per: le cure preventive; la riabilitazione; la terapia di supporto; la supplementazione sportiva:

Consumo giornaliero di energia:

6. Esame: primo; successivo: _____

Allenamento: di velocità
 di resistenza
 di forza

7. Gravidanza: Ho intenzione di rimanere incinta; Sono incinta: mese; Allatto.

8. Sindromi di malattia confermate dalla diagnosi medica:

- Osseo/muscolare
 Cardiovascolare
 Del sistema digestivo
 Dell'apparato urinario
 Del sistema nervoso
 Ormonale
 Ipotiroidismo
 Dell'apparato respiratorio
 Dermatologico
 Allergico
 Ginecologico

9. Le malattie confermate dalla diagnosi medica:

- Osteoporosi
 Artrite reumatoide
 Infarto
 Varicosi
 Ulcere dello stomaco
 Malattie intestinali
 Asma
 Albinismo
 Psoriasi
 Sclerosi Multipla
 Allergia

- Disturbi dello spettro autistico: _____
 Tumore _____
Stadio _____
 Allargamento della prostata
 Diabete: tipo I
 tipo II
 Epilessia
 Malattie del fegato
 Altri: _____

10. Sintomi:

- Dolori delle articolazioni

- Dolori dei muscoli
 Fatica rapida
 Pirosi
 Meteorismo
 Costipazione
 Diarrea
 Minzione frequente
 Dolore durante la minzione
 Acne
 Alopecia
 Alopecia androgenetica
 Unghie fragili
 Altri: _____

11. Malattie nella famiglia:	Tumori;	Malattia coronarica;	Malattie mentali;	Diabete;	Altri:
PADRE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
MADRE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
FRATELLO/SORELLA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
NONNO/NONNA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

<p>12. Sintomi somatici e psicosomatici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stanchezza frequente <input type="checkbox"/> Disturbi di concentrazione <input type="checkbox"/> Disturbi della memoria <input type="checkbox"/> Difficoltà ad addormentarsi <input type="checkbox"/> Svegliarsi di notte <input type="checkbox"/> Sensazione di costante o frequente agitazione <input type="checkbox"/> Frequenti mal di testa <input type="checkbox"/> Vertigini <input type="checkbox"/> Disturbi visivi (scotoma, lacrimazione, bruciore agli occhi) <input type="checkbox"/> Ronzio nelle orecchie <input type="checkbox"/> Contrazioni <input type="checkbox"/> Palpitazioni <input type="checkbox"/> Pelle secca <input type="checkbox"/> Pelle grassa <input type="checkbox"/> Difficoltà di apprendimento <input type="checkbox"/> Sensazione di fame frequente <input type="checkbox"/> Sensazione di sete frequente <input type="checkbox"/> Altri _____ 	<p>13. Nutrizione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Seguo la dieta a basso tenore di carboidrati <input type="checkbox"/> Seguo la dieta vegetariana <input type="checkbox"/> Seguo la dieta ricca di proteine <input type="checkbox"/> Sono in dieta _____ <input type="checkbox"/> Non seguo la dieta <input type="checkbox"/> Consumo molta frutta e succhi di frutta <input type="checkbox"/> Consumo molta carne e molti grassi <input type="checkbox"/> Consumo molti latticini e uova <input type="checkbox"/> Consumo molti pesci <input type="checkbox"/> Consumo molti dolci <p>14. Reazione allo stress</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sono spesso aggressivo/a <input type="checkbox"/> Mi preoccupa di tutto <input type="checkbox"/> Sono ipersensibile <input type="checkbox"/> Spesso provo i timori <input type="checkbox"/> Sono suscettibile di depressione <p>15. Stile di vita</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lavoro molto (più di 8 ore al giorno) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spesso faccio le ore piccole <input type="checkbox"/> Bevo spesso alcolici <input type="checkbox"/> Fumo sigarette <input type="checkbox"/> Vivo in stress costante <p>16. Nutrizione</p> <p>Ho spesso voglia di cibi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> - dolce <input type="checkbox"/> - acido <input type="checkbox"/> - ostre <input type="checkbox"/> - piccane <input type="checkbox"/> - salato <input type="checkbox"/> Bevo il caffè regolarmente <input type="checkbox"/> Bevo spesso il tè <p>17. Esposizione ai fattori nocivi nel lavoro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chimici <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Campo elettromagnetico <input type="checkbox"/> Rumore <input type="checkbox"/> Altri _____
---	--	---

18. I farmaci, le vitamine, i minerali presi attualmente, anabolizzanti e altri (si prega di definire il periodo per il quale sono utilizzati):

19. Prego di inviarmi il mio risultato dell'analisi elementare al seguente indirizzo e-mail:

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

Acconto al trattamento dei miei dati personali per gli scopi legati all'effettuazione dell'analisi da parte della Biomol-Med Sp. z o.o. ul. Huta Jagodnica 41, Łódź. I dati li trasmetto liberamente con riserva di controllo e verifica e di trasmissione del risultato all'indirizzo e-mail indicato.

ATTENZIONE! Biomol-Med Sp. z o.o. declina ogni responsabilità per la mancata trasmissione della versione elettronica del risultato per motivi di indirizzo errato o illeggibile.

_____ Firma leggibile del Paziente