IT IT

QUESTIONARIO ALL'ANALISI DEI 12 ELEMENTI

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/F5

1. SCEGLI QUALE ANALISI DEI 12 ELEMENTI NEI CAPELLI VUOI EFFETTUARE

☐ Programma di Profilassi (diagrammi con supplementazione) ☐ Programma Analitico (soli diagrammi) – compilare soltanto punti 1, 2, 18.

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: ☐ Donna, ☐ Uomo.

3. INDIRIZZO DA INVIARE IL RISULTATO DELL'ANALISI:

NOME

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 confermati 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
- ☐ Parkinsonismo
- ☐ Autismo
- ☐ Allergia
- ☐ Tumore _____
  Stadio _____
- ☐ Allargamento della prostata
- ☐ Diabete: ☐ tipo I ☐ tipo II
- ☐ Epilessia
- ☐ Malattie del fegato
- ☐ Altri: _____

10. Sintomi:

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

SI PREGA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO IN STAMPATELLO IN MANIERA LEGGIBILE. Selezionare le caselle usando la "x"

11. Sintomi somatici e psicosomatici:

- ☐ Stanchezza frequente
- ☐ Disturbi di concentrazione
- ☐ Disturbi della memoria
- ☐ Difficolta ad addormentarsi
- ☐ Svegliarsi di notte
- ☐ Sensazione di costante o frequente agitazione
- ☐ Frequenti mal di testa
- ☐ Vertigini
- ☐ Disturbi visivi (scotoma, lacrimazione, bruciore agli occhi)
- ☐ Boccarole
- ☐ Ronzio nelle orecchie
- ☐ Contrazioni
- ☐ Palpitazioni
- ☐ Pelle secca
- ☐ Pelle grassa
- ☐ Difficolta di apprendimento
- ☐ Sensazione di fame frequente
- ☐ Sensazione di sete frequente
- ☐ Altri _____

12. Nutrizione:

- ☐ Seguo la dieta a basso tenuto di carboidrati
- ☐ Seguo la dieta vegetariana
- ☐ Seguo la dieta ricca di proteine
- ☐ Sono in dieta _____
- ☐ Non seguo la dieta
- ☐ Consumo molta frutta e succhi di frutta
- ☐ Consumo molta carne e molti grassi
- ☐ Consumo molti latticini e uova
- ☐ Consumo molti pesci
- ☐ Consumo molti dolci

13. Reazione allo stress

- ☐ Sono spesso aggressivo/a
- ☐ Mi preoccupo di tutto
- ☐ Sono ipersensibile
- ☐ Spesso provo i timori
- ☐ Sono suscettibile di depressione

14. Stile di vita

- ☐ Lavoro molto (piu di 8 ore al giorno)
- ☐ Spesso faccio le ore piccole
- ☐ Bevo spesso alcolici
- ☐ Fumo sigarette
- ☐ Vivo in stress costante

15. Nutrizione

Ho spesso voglia di cibi:

- ☐ - dolce
- ☐ - acido
- ☐ - ostre
- ☐ - piccane
- ☐ - salato
- ☐ Bevo il caffe regolarmente
- ☐ Bevo spesso il te

16. Esposizione ai fattori nocivi nel lavoro:

- ☐ Chimici
- ☐ Temperatura
- ☐ Campo elettromagnetico
- ☐ Rumore
- ☐ Altri _____

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

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

Acconsento 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

L'obiettivo del questionario consiste nel conoscere lo stile di vita, nonché i disturbi soggettivi e oggettivi della salute. Non sostituisce l'anamnesi e la visita medica. Permette però di definire più precisamente lo stato di nutrizione e di intraprendere le azioni per minimizzare il rischio di tante malattie. L'interpretazione dell'analisi risulterà dalle necessità individuali dell'organismo, definite in base all'analisi elementare dei capelli.

IT

ATTENZIONE: il questionario puo essere compilato solo con il consenso del paziente! La riproduzione totale o parziale e vietata!
Il presente documento non costituisce l'offerta ai sensi dell'art. 66 par. 1 del codice civile
Il risultato verrè stato elaborato conformemente alla procedura di ricerca BP-03 del 01.02.2016.
Procedura PO-02 Titolo: Registrazione. Allegato PO-02/F5; Edizione 4, Data dell'edizione 01.02.2016.

IT