



ANKIETA DO ANALIZY 12 PIERWIASTKÓW WE WŁOSACH

BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

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

PO-02/F5

1. Wybierz, którą Analizę 12 Pierwiastków we włosach chcesz wykonać:

- Program Profilaktyczny (wykresy z opisem i suplementacją), Program Analityczny (same wykresy) – wypełnij tylko punkty 1, 2, 19.

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 _____
8. Planuję ciążę: planuję ciążę, jestem w ciąży miesiąc, karmię piersią.
- Dzienne zapotrzebowanie na kcal: _____
Trening: szybkościowy
 wytrzymałościowy
 siłowy

<p>9. Zaznacz zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kostne/mięśniowe <input type="checkbox"/> Sercowo-naczyniowe <input type="checkbox"/> Układu pokarmowego <input type="checkbox"/> Układu moczowego <input type="checkbox"/> Układu nerwowego <input type="checkbox"/> Hormonalne <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy <input type="checkbox"/> Układu oddechowego <input type="checkbox"/> Dermatologiczne <input type="checkbox"/> Alergologiczne <input type="checkbox"/> Ginekologiczne 	<p>10. Zaznacz choroby potwierdzone diagnozą lekarską:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osteoporoza <input type="checkbox"/> Reumatoidalne zapalenie stawów <input type="checkbox"/> Zawał <input type="checkbox"/> Żylaki <input type="checkbox"/> Wrzody żołądka <input type="checkbox"/> Choroby jelit <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Bielactwo <input type="checkbox"/> Łuszczyca <input type="checkbox"/> Stwardnienie roziane <input type="checkbox"/> Parkinsonizm 	<p>11. Zaznacz występujące objawy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autyzm <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Nowotwór _____ Stadium _____ <input type="checkbox"/> Przerost prostaty <input type="checkbox"/> Cukrzyca: <input type="checkbox"/> typ I <input type="checkbox"/> typ II <input type="checkbox"/> Padaczka <input type="checkbox"/> Choroby wątroby <input type="checkbox"/> Inne: _____ <input type="checkbox"/> Ból stawów 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ból mięśni <input type="checkbox"/> Szybkie męczenie się <input type="checkbox"/> Zgaga <input type="checkbox"/> Wzdęcia <input type="checkbox"/> Zaparcia <input type="checkbox"/> Biegunki <input type="checkbox"/> Częste oddawanie moczu <input type="checkbox"/> Ból przy oddawaniu moczu <input type="checkbox"/> Trądzik <input type="checkbox"/> Łysienie <input type="checkbox"/> Łysienie androgenne <input type="checkbox"/> Łamliwe paznokcie <input type="checkbox"/> Inne _____
--	--	--	--

