



ANKIETA DO ANALIZY 12 PIERWIASTKÓW WE WŁOSACH

BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

ANKIETĘ PROSIMY WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE 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, 4, 19 - wynik wysłany jest tylko na e-mail.

2. DANE PACJENTA NIEZBĘDNE DO WYKONANIA ANALIZY:

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

PESEL

--	--	--

IMIĘ

NAZWISKO

PAŃSTWO

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

NUMER TELEFONU

--	--	--	--

WIEK (lata)

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

WZROST (cm)

--	--	--	--

WAGA (kg)

--	--

GRUPA
KRWI

Płeć:

KOBIETA

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

Dzienne zapotrzebowanie na kcal:

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

7. Badanie: pierwsze; kolejne _____

Trening:

szybkościowy

wytrzymałościowy

siłowy

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

9. Zaznacz zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:

- Kostne/mięśniowe
 Sercowo-naczyniowe
 Układu pokarmowego
 Układu moczowego
 Układu nerwowego
 Hormonalne
 Niedoczynność tarczycy
 Układu oddechowego
 Dermatologiczne
 Alergologiczne
 Ginekologiczne

10. Zaznacz choroby potwierdzone diagnozą lekarską:

- Osteoporoza
 Reumatoidalne zapalenie stawów
 Zawał
 Żylaki
 Wrzody żołądka
 Choroby jelit
 Astma
 Bielactwo
 Łuszczyca
 Stwardnienie rozsiane
 Alergia: typ _____

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

11. Zaznacz występujące objawy:

- Ból stawów

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

