



ANKIETA DO ANALIZY PIERWIASTKOWEJ WŁOSÓW

BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

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

PO-02/F1

1. Wybierz, którą Analizę Pierwiastkową Włosów chcesz wykonać:

Program Zdrowotny (wykresy z opisem, suplementacją i dietą),

Program Analityczny (same wykresy) – wypełnij tylko punkty 1, 2, 5, 20 - wynik wysłany 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 _____

