



# ANKIETA DO ANALIZY PIERWIASTKOWEJ WŁOSÓW

## BIOMOL-MED

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

ANKIETĘ PROSIMY WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE 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, 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. Wynik zostanie wysłany na adres korespondencyjny Zlecającego.

Uwaga: Za ewentualne błędy związane z nieaktualnym adresem korespondencyjnym odpowiada Zlecający.

4. 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](http://www.biomol.pl)

### 5. Badanie zlecone w celu:

- profilaktyki zdrowia;  rehabilitacji;  wsparcia leczenia;  suplementacji sportowej.

Dzienne zapotrzebowanie na kcal: 

--	--	--	--

6. Badanie:  pierwsze;  kolejne \_\_\_\_\_

Trening:  szybkościowy

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

wytrzymałościowy

siłowy

### 8. Zaznacz zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:

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

### 9. 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: \_\_\_\_\_

### 10. 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 \_\_\_\_\_

### 11. Choroby rodzinne:

	nowotworowa;	wieńcowa;	psychiczna;	cukrzyca;	inna:
OJCIEC:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
MATKA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
RODZEŃSTWO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
DZIADKOWIE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

**12. Zaznacz objawy somatyczne i psychosomatyczne:**

- Częste uczucie zmęczenia
- Zaburzenia koncentracji
- Zaburzenia pamięci
- Trudności z zasypianiem
- Wybudzanie się w nocy
- Uczucie stałego lub częstego podenerwowania
- Częste bóle głowy
- Zawroty głowy
- Zaburzenia widzenia (mroczki, łzawienie, itp.)
- Zająady
- Szumy w uszach
- Skurcze
- Kołatania serca
- Skóra sucha
- Skóra przetłuszczająca się
- Trudności w uczeniu się
- Częste uczucie głodu
- Mam często pragnienie
- Inne \_\_\_\_\_

**13. Styl odżywiania:**

- Stosuję dietę niskowęglowodanową
- Stosuję dietę wegetariańską
- Stosuję dietę białkową
- Stosuję dietę \_\_\_\_\_
- Nie stosuję żadnej diety
- Spożywam dużo owoców i soków owocowych
- Spożywam dużo mięsa i tłuszczów
- Jem dużo nabiału
- Jem dużo ryb
- Jem dużo słodczy

**14. Reakcja na stres:**

- Jestem często agresywny/a
- Wszystkim przejmuję się
- Jestem nadwrażliwy/a
- Mam często lęki
- Mam skłonności depresyjne

**15. Styl życia:**

- Dużo pracuję (powyżej 8 godz. na dobę)

- Często tzw. zarywanie nocy
- Często piję alkohol
- Palę papierosy
- Żyję w ciągłym stresie

**16. Odżywianie:**

Często mam ochotę na potrawy:

- słodkie
- kwaśne
- ostre
- gorzkie
- słone
- Piję regularnie kawę
- Piję często herbatę

**17. Narażenie na czynniki szkodliwe w pracy:**

- Chemiczne
- Temperatura (mikroklimat)
- Pole elektromagnetyczne
- Hałas
- Inne \_\_\_\_\_

**18. Zażywane aktualnie leki, witaminy, minerały, anaboliki i inne (proszę wymienić jak długo są stosowane):****19. Proszę o przesłanie mojego wyniku analizy pierwiastkowej na poniższy adres e-mail:**

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

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji badania przez Biomol-Med Sp. z o.o. ul. Huta Jagodnica 41, Łódź, które przekazuję dobrowolnie, zastrzegając sobie prawo do ich sprawdzania i poprawiania oraz zgadzam się na wysłanie wyniku na podany adres e-mail.

UWAGA! Biomol-Med Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za niedostarczenie elektronicznej wersji wyniku z powodu błędnego lub nieczytelnego adresu.

\_\_\_\_\_czytelny podpis Pacjenta

Ankieta ma na celu poznanie stylu życia oraz zaburzeń subiektywnych i obiektywnych zdrowia. Nie zastąpi dokładnego wywiadu i badania lekarskiego. Pozwoli jednak na dokładniejsze określenie stanu odżywiania i podjęcie działań mających na celu minimalizację ryzyka powstawania wielu chorób. Interpretacja badania będzie wynikała z indywidualnych potrzeb organizmu uzyskanych z analizy pierwiastkowej włosów.

UWAGA: Ankieta może być wypełniona tylko za zgodą pacjenta! Kopiowanie w całości lub części zabronione!

Niniejszy dokument nie jest ofertą w rozumieniu artykułu 66 paragraf 1 Kodeksu Cywilnego.

Wynik zostanie opracowany zgodnie z procedurą badawczą PB-01 z dnia 01.02.2016.

Procedura PO-02 Tytuł: Rejestracja. Załącznik PO-02/F1; Wydanie 4, Data wydania 01.02.2016.

PL

PL