

Diagnostyka stanu odżywienia

Ankieta ma na celu poznanie zmian w stylu życia i sposobie żywienia po pierwszej analizie pierwiastkowej włosów. Zastosowanie zaleceń z opisu pierwszej analizy miało na celu wyrównanie zaburzeń metabolicznych i przywrócenie naturalnej homeostazy w organizmie. Wskazanie w ankiecie subiektywnych odczuć na zmiany w stanie zdrowia pozwolą wskazać po drugiej analizie na optymalnie najlepszy sposób żywienia, który można nazwać dietą metaboliczną.

ANKIETĘ PROSIMY WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.
Pola wyboru zaznaczać używając znaku "x"

Dane Pacjenta niezbędne do wykonania analizy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
imię	nazwisko	kod pocztowy	numer telefonu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
państwo	wiek	wzrost	waga
			grupa krwi
			obwód talii
			obwód bioder

Płeć: Kobieta, Mężczyzna

numer pierwszego badania (patrz III strona okładki wyniku, pod kodem paskowym)

Adres, na który zostanie wysłany wynik analizy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
imię	nazwisko	
<input type="text"/>		
ulica, nr domu, nr mieszkania		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
miejscowość	kod pocztowy	państwo

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!
NIEZBĘDNE JEST ZASTOSOWANIE SIĘ DO PROGRAMU SUPLEMENTACYJNEGO Z PIERWSZEGO BADANIA!

Proszę o wynik w języku: polskim.

Badanie zlecam w celu: profilaktyki zdrowotnej, rehabilitacji, wsparcia leczenia

Zespoły chorobowe potwierdzone diagnozą lekarską:

tak

Choroby potwierdzone diagnozą lekarską:

tak

Objawy:

tak

Kostne/mięśniowe	<input type="checkbox"/>	Osteoporoza	<input type="checkbox"/>	Bóle:	
Sercowo-naczyniowe	<input type="checkbox"/>	Reumatoidalne zapalenie stawów	<input type="checkbox"/>	- stawów	<input type="checkbox"/>
Żołądka	<input type="checkbox"/>	Zawał	<input type="checkbox"/>	- mięśni	<input type="checkbox"/>
Trzustki	<input type="checkbox"/>	Żylaki	<input type="checkbox"/>	Szybkie męczenie się	<input type="checkbox"/>
Pęcherzyka żółciowego	<input type="checkbox"/>	Wrzody żołądka	<input type="checkbox"/>	Zgaga	<input type="checkbox"/>
- kamienie	<input type="checkbox"/>	Choroby jelit	<input type="checkbox"/>	Wzdęcia	<input type="checkbox"/>
- usunięty	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	Zaparcia	<input type="checkbox"/>
Jelit	<input type="checkbox"/>	Bielactwo	<input type="checkbox"/>	Biegunki	<input type="checkbox"/>
Układu moczowego	<input type="checkbox"/>	Łuszczyca	<input type="checkbox"/>	Częste oddawanie moczu	<input type="checkbox"/>
Układu nerwowego	<input type="checkbox"/>	Stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/>	Ból przy oddawaniu moczu	<input type="checkbox"/>
Hormonalne	<input type="checkbox"/>	Parkinsonizm	<input type="checkbox"/>	Trądzik	<input type="checkbox"/>
Niedoczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>	Autyzm	<input type="checkbox"/>	Łysienie	<input type="checkbox"/>
Układu oddechowego	<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	- androgenne	<input type="checkbox"/>
Dermatologiczne	<input type="checkbox"/>	Nowotwór	<input type="checkbox"/>	Łamliwe paznokcie	<input type="checkbox"/>
Alergologiczne	<input type="checkbox"/>	Przerost prostaty	<input type="checkbox"/>		
Ginekologiczne	<input type="checkbox"/>	Cukrzyca typ: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Padaczka	<input type="checkbox"/>		
		Choroby wątroby	<input type="checkbox"/>		

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

UWAGA: Zaznaczyć krzyżykiem okienko **tak** lub **nie**. W przypadku niejednoznacznej odpowiedzi zakreślić **tak** oraz **nie**.

Objawy somatyczne i psychosomatyczne	tak	nie	Reakcja na stres	tak	nie
Częste uczucie zmęczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie odczuwam apetytu i mam zaparcia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Częste bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Towarzyszy mi uczucie niepokoju, miewam koszmary senne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sypiam bardzo dobrze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia widzenia (mroczki, łzawienie, pieczenie oczu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Często ćwiczę, uprawiam sport, chodzę na spacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skurcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zaniedbuję zainteresowania, jestem znudzony/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kołatania serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jestem zły/a z powodu swojego samopoczucia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skóra sucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mam trudności w podejmowaniu decyzji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skóra przetłuszczająca się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czuję nadmiar energii.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Częste uczucie głodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mój stan zdrowia oceniam jako karę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mam często pragnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O problemach chętnie rozmawiam z rodziną, kimś bliskim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styl odżywiania	tak	nie	Nie mam planów na przyszłość.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosuję wskazówki dietetyczne z opisu pierwszej analizy pierwiastkowej włosów.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mam uczucie ciężaru w głowie, karku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosuję inną dietę:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Towarzyszy mi uczucie smutku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wegetariańską lub zblizoną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przypisuję sobie winy za negatywne odczucia innych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tłuszczowo-białkową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palę papierosy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- białkową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odżywianie	tak	nie
Nie stosuję żadnej diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Często mam ochotę na potrawy:		

Narażenie na czynniki szkodliwe w pracy:

Chemiczne

Fizyczne:

pole elektromagnetyczne, temperatura, hałas

Sport

uprawiam czynnie sport:

siłowy, wytrzymałościowy

szacowane zużycie kcal/tydzień

2500 - 3000 5000 - 8000

3000 - 5000 > 8000

Ocena analizy

Oceniam efekty pierwszej analizy pierwiastkowej włosów za:

bardzo dobre, dobre, średnie, słabe, brak zmian

- słodkie

- kwaśne

- ostre

- gorzkie

- słone

Piję regularnie kawę

Piję często herbatę

Co chciałbyś/chciałabyś osiągnąć dzięki analizie:

Mieć więcej energii.

Rzadziej się przeziębiać lub chorować na grypę.

Być bardziej stabilny/a emocjonalnie.

Być bardziej muskularnym/a.

Lepiej sypiać.

Być silniejszy/a.

Poprawić swoją pamięć.

Stracić na wadze.

Zażywam aktualnie leki (jakie?):

Proszę o przesłanie mojego wyniku analizy pierwiastkowej na poniższy adres e-mail:

Uwaga! Prosimy o uważne wpisywanie adresu e-mail. Biomol-Med Sp. z o.o. nie ponosi odpowiedzialności za niedostarczenie elektronicznej wersji wyniku z powodu błędnego adresu.

.....
czytelny podpis Pacjenta

Zgadzam się na przetwarzanie w celach marketingowych przez Biomol-Med Sp. z o.o. ul. Huta Jagodnica 41, Łódź, moich danych osobowych, które przekazuję dobrowolnie, zastrzegając sobie prawo do ich sprawdzania i poprawiania.

.....
czytelny podpis Pacjenta

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