

ANKIETA PACJENTA DO ANALIZY PIERWIASTKOWEJ

Niniejsza 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 odżywienia i podjęcie działań mających na celu minimalizacji ryzyka powstawania wielu chorób.

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

Dane Pacjenta niezbędne do wykonania analizy:

imię		nazwisko		kod pocztowy		numer telefonu	
państwo		wiek	wzrost	waga	grupa krwi	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta, <input type="checkbox"/> Mężczyzna	

Adres, na który zostanie wysłany wynik analizy:

imię		nazwisko			
ulica, nr domu, nr mieszkania					
miejscowość		kod pocztowy		państwo	

Odbiór osobisty w laboratorium: odbiorę osobiście, odbierze:

imię i nazwisko

UWAGA: DO BADANIA NADAJĄ SIĘ TYLKO WŁOSY NIEFARBOWANE!

Proszę o wynik w języku: polskim, czeskim, słowackim, rosyjskim, ukraińskim, niemieckim, angielskim, francuskim, rumuńskim.

Uwaga: W cenę badania wliczona jest tylko jedna wersja językowa wyniku. Dodatkowa wersja za opłatą, zgodną z cennikiem umieszczonym na stronie internetowej www.biomol.pl

Badanie: pierwsze, kolejne: **Ciąża:** miesiąc:

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

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"/>
Układu pokarmowego	<input type="checkbox"/>	Zawał	<input type="checkbox"/>	- mięśni	<input type="checkbox"/>
Układu moczowego	<input type="checkbox"/>	Żylaki	<input type="checkbox"/>	Szybkie męczenie się	<input type="checkbox"/>
Układu nerwowego	<input type="checkbox"/>	Wrzody żołądka	<input type="checkbox"/>	Zgaga	<input type="checkbox"/>
Hormonalne	<input type="checkbox"/>	Choroby jelit	<input type="checkbox"/>	Wzdęcia	<input type="checkbox"/>
Niedoczynność tarczycy	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	Zaparcia	<input type="checkbox"/>
Układu oddechowego	<input type="checkbox"/>	Bielactwo	<input type="checkbox"/>	Biegunki	<input type="checkbox"/>
Dermatologiczne	<input type="checkbox"/>	Łuszczyca	<input type="checkbox"/>	Częste oddawanie moczu	<input type="checkbox"/>
Alergologiczne	<input type="checkbox"/>	Stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/>	Ból przy oddawaniu moczu	<input type="checkbox"/>
Ginekologiczne	<input type="checkbox"/>	Parkinsonizm	<input type="checkbox"/>	Trądzik	<input type="checkbox"/>
Choroby rodzinne		Autyzm	<input type="checkbox"/>	Łysienie	<input type="checkbox"/>
		Alergia	<input type="checkbox"/>	- androgenne	<input type="checkbox"/>
		Nowotwór	<input type="checkbox"/>	Łamliwe paznokcie	<input type="checkbox"/>
Nowotwory	<input type="checkbox"/>	Przerost prostaty	<input type="checkbox"/>		
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	Cukrzyca typ: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/>	Padaczka	<input type="checkbox"/>		
Choroby psychiczne	<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"/>	Często jestem agresywny/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia koncentracji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wszystkim się przejmuję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia pamięci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jestem nadwrażliwy/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trudności z zasypianiem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mam często lęki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wybudzanie się w nocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mam skłonności depresyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie stałego lub częstego podenerwowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Częste bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Styl życia	tak	nie
Zawroty głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dużo pracuję (powyżej 8 godz. na dobę)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia widzenia (mroczki, łzawienie, pieczenie oczu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Często tzw. zarywanie nocy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skurcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Często piję alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kołatania serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palę papierosy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skóra sucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Żyję w ciągłym stresie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skóra przettuszczająca się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trudności w uczeniu się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Odżywianie	tak	nie
Częste uczucie głodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Często mam ochotę na potrawy:		
Mam często pragnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- słodkie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- kwaśne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- ostre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- gorzkie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- słone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styl odżywiania	tak	nie	Piję regularnie kawę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosuję dietę niskowęglowodanową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piję często herbatę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosuję dietę wegetariańską	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Stosuję dietę białkową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narażenie na czynniki szkodliwe w pracy:		
Nie stosuję żadnej diety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chemiczne		
- jem dużo słodczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fizyczne:		
- spożywam dużo owoców i soków owocowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pole elektromagnetyczne		
- spożywam dużo mięsa i tłuszczów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> temperatura		
- jem dużo nabiału	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hałas		
- jem dużo ryb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Zażywane aktualnie leki, witaminy, minerały (proszę wymienić jak długo są stosowane):

Proszę o wystawienie faktury za wykonaną analizę: tak nie

Zgadzam się na wystawienie faktury przez Biomol-Med Sp. z o.o. za analizę pierwiastkową bez mojego podpisu.

czytelny podpis Pacjenta

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