

АНКЕТА ПАЦІЄНТА ДЛЯ МІКРОЕЛЕМЕНТНОГО АНАЛІЗУ

Метою даної анкети є пізнання стилю життя та суб'єктивних і об'єктивних порушень здоров'я. Вона не замінює ретельного опитування та лікарського обстеження. Однак, дозволить більш ретельно окреслити стан харчування та розпочати дії, скеровані на мінімізацію ризику появи багатьох захворювань.

IT

ПРОСИМО ЗАПОВНЮВАТИ АНКЕТУ РОЗБІРЛИВО, ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ
Поля вибору просимо позначати знаком "x"

Дані Пацієнта, необхідні для виконання аналізу:

ім'я	прізвище	поштовий індекс	телефон
держава	вік	зріст	вага
		група крові	Стать: <input type="checkbox"/> Жінка, <input type="checkbox"/> Чоловік

Адреса, на яку буде висланий результат аналізу:

ім'я	прізвище	
вулиця, номер будинку, номер квартири		
місто/село, район, область	поштовий індекс	держава

УВАГА: ДЛЯ ОБСТЕЖЕННЯ ПРИДАТНИМ Є ТІЛЬКИ НЕФАРБОВАНЕ ВОЛОССЯ!

Прошу подавати результат: польською, чеською, словацькою, російською, українською, німецькою, англійською, французькою, румунською мовою.

Увага: в ціну обстеження входить тільки один варіант мови. Результат додатковою мовою надається за додаткову оплату, згідно із прайс-листом, який знаходиться на сторінці в Інтернеті: www.biomol.pl

Дослідження: перше, наступне: Вагітність: місяць:

Замовляю дослідження з метою: профілактики здоров'я, реабілітації, підтримки лікування, спортивної суплементції

Синдромокомплекси захворювань, підтверджені лікарським діагнозом:

	так
Кісткові / м'язеві розлади	<input type="checkbox"/>
Серцево-судинні	<input type="checkbox"/>
Системи травлення	<input type="checkbox"/>
Системи сечовидільної	<input type="checkbox"/>
Система нервова	<input type="checkbox"/>
Гормональні розлади	<input type="checkbox"/>
Гіпотиреоз	<input type="checkbox"/>
Дихальна система	<input type="checkbox"/>
Дерматологічні розлади	<input type="checkbox"/>
Алергологічні розлади	<input type="checkbox"/>
Гінекологічні розлади	<input type="checkbox"/>

Захворювання, підтверджені лікарським діагнозом:

	так
Остеопороз	<input type="checkbox"/>
Ревматоїдне запалення суглобів	<input type="checkbox"/>
Інфаркт	<input type="checkbox"/>
Варикозне розширення судин	<input type="checkbox"/>
Виразка шлунку	<input type="checkbox"/>
Захворювання кишківника	<input type="checkbox"/>
Астма	<input type="checkbox"/>
Альбінізм	<input type="checkbox"/>
Псоріаз	<input type="checkbox"/>
Розсіяний склероз	<input type="checkbox"/>
Паркінсонізм	<input type="checkbox"/>
Аутизм	<input type="checkbox"/>
Алергія	<input type="checkbox"/>
Пухлина	<input type="checkbox"/>
Аденома (збільшення) простати	<input type="checkbox"/>
Діабет, тип: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Епілепсія	<input type="checkbox"/>
Захворювання печінки	<input type="checkbox"/>

Симптоми:

	так
Біль:	
- суглобів	<input type="checkbox"/>
- м'язів	<input type="checkbox"/>
Швидка втомлюваність	<input type="checkbox"/>
Печія	<input type="checkbox"/>
Здуття (метеоризм)	<input type="checkbox"/>
Закрепи	<input type="checkbox"/>
Проноси	<input type="checkbox"/>
Часте сечовипускання	<input type="checkbox"/>
Біль при сечовипускання	<input type="checkbox"/>
Прищі (вугрі)	<input type="checkbox"/>
Облісіння	<input type="checkbox"/>
- андрогенне	<input type="checkbox"/>
Ламкі нігті	<input type="checkbox"/>

Спадкові захворювання:

	батько	мати	брат/сестра	дідусь/бабуся
Пухлина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Діабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Серцево-судинні захворювання	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Психічні розлади	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

УВАГА: Анкета може заповнюватися тільки за згодою Пацієнта! Копіювання повністю або частково заборонене!

Даний документ не є комерційною пропозицією в розумінні статті 66 параграф 1 Громадянського кодексу.

УВАГА: Хрестиком зазначити віконце **так** або **ні**. У випадку неоднозначної відповіді закреслити і **так**, і **ні**.

Соматичні та психосоматичні прояви	так	ні	Реакція на стрес	так	ні
Часте відчуття втоми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Я часто буваю агресивний / -на	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Порушення концентрації	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Я усім перймаюся	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Порушення пам'яті	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Маю підвищену вразливість	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблеми із засинанням	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Часто почуваю себе переляканим /-ною	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Прокидання вночі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Маю депресійні схильності	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Почуття постійного або частого «хвилювання»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Часті болі голови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Стиль життя	так	ні
Запаморочення	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Багато працюю (більш, як 8 годин на добу)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Порушення бачення (паморочки, сльозотеча, печіння очей)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Часто не сплю вночі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Судоми	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Часто п'ю' спиртного	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Калатання" серця (серцебиття)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Палю цигарки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Суха шкіра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Живу в постійному стресі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жирна шкіра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Проблеми із навчанням	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Харчування	так	ні
Часте відчуття голоду	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Часто маю бажання з'їсти:		
Часто відчуваю спрагу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- солодке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- кисле	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- гостре	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- гірке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- солоне	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Стиль живлення	так	ні	Регулярно п'ю каву	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Застосовую низько вуглеводну дієту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Часто п'ю чай	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Застосовую вегетаріанську дієту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Застосовую білкову дієту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вплив шкідливих факторів на роботі:		
Не застосовую жодної дієти	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Хімічні		
- їм багато солодощів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Фізичні:		
- вживаю багато фруктів та фруктових соків	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> електромагнітне поле		
- вживаю багато м'яса та жирів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> температура		
- їм багато молочних продуктів	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> шум		
- їм багато риби	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ліки, що приймаються на сьогоднішній день, вітаміни, мінерали (прошу перерахувати як довго застосовуються):

Прошу переслати результати мого аналізу на дану адресу e-mail:

Увага! Просимо уважно вписувати електронну адресу. Biomol-Med Sp. z o.o. не несе відповідальності за неотримання електронної форми результату з приводу помилково вказаної адреси

.....
ім'я та прізвище Пацієнта

Я погоджуюся на оброблення фірмою Biomol-Med Sp. z o.o., вул. Huta Jagodnica 41, Лодзь, моїх особистих даних, які вказую добровільно, залишаючи за собою право до їх перевірки та поправки.

.....
ім'я та прізвище Пацієнта

УВАГА: Анкета може заповнюватися тільки за згодою Пацієнта! Копіювання повністю або частково заборонене!

Даний документ не є комерційною пропозицією в розумінні статті 66 параграф 1 Громадянського кодексу.