

DOTAZNÍK PACIENTA KU STOPOVEJ ANÁLÝZE PRVKOV

Cieľom tohoto dotazníka je zistenie životného štýlu, včetně subjektívnych a objektívnych porúch zdravia. Nenahradzuje podrobnú lekársku anamnézu a lekárske vyšetrenie. Umožňuje však dôkladnejšie určenie stavu výživy a prijatie príslušných preventívnych opatrení, ktorých cieľom je minimalizácia rizika vzniku rady chorôb.

DOTAZNÍK VYPLŇUJTE, PROSÍM, PALIČKOVÝM PÍSMOM.
Vybrané políčka označte "x"

Údaje o pacientovi nutné k uskutočneniu analýzy:

meno	priezvisko	smerovacie číslo	telefón
štát	vek	výška	váha
		krvná skupina	

Pohlavie: žena, muž

Adresa pre zaslanie výsledkov analýzy:

meno	priezvisko
ulica, číslo domu, číslo bytu	
obec	smerovacie číslo
	štát

UPOZORNENIE: K VYŠETRENIU SÚ NUTNÉ NEFARBENÉ VLASY!

Žiadam o laboratórny výsledok v: poľštine, češtine, slovenčine, ruštine, ukrajinčine, nemčine, angličtine, francúzštine, rumunčine.

Upozornenie: Do ceny vyšetrenia je započítaná iba jedna jazyková verzia. Ďalšia jazyková verzia je zasielaná za poplatok podľa cenníka uvedeného na webových stránkach www.biomol.pl

Vyšetrenie: prvé, nasledujúce: **Tehotenstvo:** mesiac:

Vyšetrenie doporučujem ako: preventívne, v rámci rehabilitácie, podpornej terapie, stanovenie doplnkovej výživy pre športovcov

Diagnostikované ochorenia:	áno	Diagnózy:	áno	Klinické prejavy:	áno
Kosternej a svalovej sústavy	<input type="checkbox"/>	Osteoporóza	<input type="checkbox"/>	Bolesti:	
Srdcocievne	<input type="checkbox"/>	Reumatoidná artritída	<input type="checkbox"/>	- kĺbov	<input type="checkbox"/>
Tráviacej sústavy	<input type="checkbox"/>	Infarkt myokardu	<input type="checkbox"/>	- svalov	<input type="checkbox"/>
Vylučovacej sústavy	<input type="checkbox"/>	Kŕčové žily	<input type="checkbox"/>	Rýchla únava	<input type="checkbox"/>
Nervovej sústavy	<input type="checkbox"/>	Vredová choroba žalúdka	<input type="checkbox"/>	Pálenie žahy	<input type="checkbox"/>
Hormonalne	<input type="checkbox"/>	Ochorenie čriev	<input type="checkbox"/>	Nadýmanie	<input type="checkbox"/>
Hypofunkcie štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Zápcha	<input type="checkbox"/>
Dýchacej sústavy	<input type="checkbox"/>	Albinizmus	<input type="checkbox"/>	Hnačka	<input type="checkbox"/>
Kožné	<input type="checkbox"/>	Lupienka	<input type="checkbox"/>	Časté močenie	<input type="checkbox"/>
Alergické	<input type="checkbox"/>	Roztrúsená skleróza	<input type="checkbox"/>	Bolestivosť pri močení	<input type="checkbox"/>
Gynekologické	<input type="checkbox"/>	Parkinsonova choroba	<input type="checkbox"/>	Akné	<input type="checkbox"/>
Rodinná anamnéza		Autizmus	<input type="checkbox"/>	Plešatenie	<input type="checkbox"/>
		Alergie	<input type="checkbox"/>	- androgénne	<input type="checkbox"/>
Nádorové ochorenia	<input type="checkbox"/>	Novotvar	<input type="checkbox"/>	Lámavosť nehtov	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Zväčšenie prostaty	<input type="checkbox"/>		
Srdcocievne ochorenia	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus: typ: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychické ochorenia	<input type="checkbox"/>	Padúcnica (epilepsia)	<input type="checkbox"/>		
		Jaterné choroby	<input type="checkbox"/>		

UPOZORNENIE! Dotazník môže byť vyplnený iba so súhlasom pacienta! Kopírovanie celku alebo častí nie je prípustné!

Tento dokument nie je ponukou v zmysle čl. 66 §1 Občianskeho zákonníka.

UPOZORNENIE: Označte krížikom okienko **áno** alebo **nie**. V prípade jednoznačnej odpovede zaškrtnite **áno** aj **nie**.

Somatické a psychosomatické prejavy:	áno	nie	Reakcia na stres	áno	nie
Častý pocit únavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Som často agresívny/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy sústredenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zo všetkého si robím starosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy pamäti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Som precitlivý/á	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy zaspávania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často trpím strachom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prebúdzanie sa v noci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mám sklon k depresii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocit kontinuálnej alebo častej nervozity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Časté bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Životný štýl	áno	nie
Závrate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veľa pracujem (viac než 8 hodín denne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poruchy zraku (mihanie pred očami, slzenie, pálenie očí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často pracujem do nočných hodín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kŕče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často pijem alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Srdcová arytmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fajčím cigarety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchá pokožka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Žijem v neustálom strese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastná pokožka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Potiaže s učením	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Výživa	áno	nie
Častý pocit hladu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mám chuť na potraviny:		
Častý pocit smädu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- sladké	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- kyslé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- pikantné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- horké	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- slané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výživové návyky	áno	nie	Pravidelne pijem kávu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám diету s nízkym obsahom cukrov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Často pijem čaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám diету vegetariánsku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mám diету bielkovinovú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V pracovnom prostredí som exponovaný týmto škodlivinám:		
Nedodržujem žiadnu diету	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chemickým		
- jem veľa sladkostí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fyzikálnym:		
- jem veľa ovocia a pijem ovocné šťavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> elektromagnetické pole		
- jem veľa mäsa a tukov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> teplota		
- jem veľa mliečnych výrobkov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hluk		
- jem veľa rýb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

V súčasnej dobe užívam lieky, vitamíny, minerály (prosím uveďte ako dlho ich užívate):

Prosím o zaslanie mojich výsledkov stopovej analýzy prvkov na túto e-mailovú adresu:

Upozornenie! Starostlivo vyplňte, prosím, Vašu e-mailovú adresu. Biomol-Med Sp. z o.o. nezodpovedá za nedoručenie elektronickej verzie výsledkov z dôvodu chybného uvedenia adresy.

.....
Čitateľný podpis pacienta

Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov v rámci marketingu firmy Biomol-Med Sp. z o.o., ul. Huta Jagodnica 41, Lodž. Tieto údaje predávam dobrovoľne, pričom si vyhradzujem právo na ich overenie a opravu.

.....
Čitateľný podpis pacienta

UPOZORNENIE! Dotazník môže byť vyplnený iba so súhlasom pacienta! Kopírovanie celku alebo častí nie je prípustné!

Tento dokument nie je ponukou v zmysle čl. 66 §1 Občianskeho zákonníka.