

KARTA INFORMACYJNA NA TEMAT STANU ZDROWIA

Imię i nazwisko			
Adres			
Nr telefonu		Wiek	
Data sprzedaży wyrobu medycznego BIOSYNCHRON® 500:			

Waga	Wzrost	Obwód w talii	Obwód bioder
1. Wygląd twarzy (odcień, obrzęki, powieki)			
2. Włosy (słabe, łamliwe, rzadkie)			
3. Wzrok			
4. Słuch (szumy)			
5. Stan uzębienia i dziąseł			
6. Bóle i zawroty			
7. Skłonność do przeziębień			
8. Wrażliwość na zmiany otoczenia (zmiany pogodowe)			

9.Sen (bez marzeń sennych, kłopoty z zasypianiem lub przebudzaniem, komfort odpoczynku)

10.Stan psychiczny (emocje, stres, depresja)

11.Nastroje

12.Stan płuc i oskrzeli

13.Problemy żołądkowe (trawienie, wrzody)

14.Schorzenia wątroby (kamienie żółciowe)

15.Nerki (kamienie, piasek)

16.Jelito grube (okresowość stolca, hemoroidy)

17.Zaburzenia hormonalne

18.Serce (operacje)

19.Ciśnienie krwi (w normie, niskie, wysokie, zmienne)

20.Dermatozy (egzemy, pryszcze, łuszczyca, wysypki)

21.Kręgosłup (ból, skrzywienie)

22.Stan kończyn (reumatyzm, zimne stopy, obrzęki, wrzody goleniowe)

23. Obieg krwi, żyły (żylaki, niedokrwienie)

24. Zaburzenia metabolizmu (cukrzyca, hemoglobina, cholesterol)

25. Uczulenia (objawy)

26. Obecność implantów elektronicznych

27. Operacje, kontuzje (skutki uboczne)

28. Układ moczowo-płciowy (gruczoły płciowe, niepłodność, bóle menstruacyjne)

29. Inne problemy zdrowotne (główne, uboczne)

30. Użytki (nikotyna, alkohol, kofeina)

31. Nadwrażliwość na pole elektromagnetyczne (mała, duża)

32. Zażywane leki (jakie, częstotliwość)

33. Zażywane suplementy żywieniowe (częstotliwość, rodzaje)

UWAGA: Przy każdym pytaniu należy zapytać np.: Od kiedy? Jak często? Co zażywa? Czy jest skuteczne? O ile jest to możliwe i schorzenie jest widoczne, należy sporządzić zdjęcie dla późniejszego porównania. Jeżeli pole wpisowe jest niewystarczające do opisanego, odpowiedzi należy udzielić na osobnej kartce papieru i oznaczyć numerem.

